

RÉPERCUSSIONS PSYCHOSOCIALES NÉGATIVES À LA SUITE D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE

--

INTERVENTIONS

REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE

TRAVAIL DE BACHELOR

PAR JUSTINE BOUILLE
PROMOTION 2009-2012

SOUS LA DIRECTION DE : CATHERINE GASSER

LE 8 OCTOBRE 2012

RÉSUMÉ

Objectif : Le but de ce travail est de chercher des méthodes d'interventions possibles afin de diminuer ou prévenir les répercussions psychosociales après un infarctus du myocarde.

Méthodologie : Ce travail est une revue de littérature étoffée. Dix recherches issues de banques de données électroniques ont été sélectionnées à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion. Elles ont été ensuite analysées à l'aide d'une grille de lecture critique. Les différentes interventions décrites dans les résultats ont été catégorisées et discutées.

Population : Hommes et femmes adultes ayant subi un infarctus du myocarde avec une moyenne d'âge entre 54 et 71 ans.

Résultats : Quatre catégories de méthodes d'interventions ont été mises en évidence : les interventions évaluatives, les interventions en lien avec l'information et l'état des connaissances, les interventions en groupe et les interventions par téléphone. Les interventions sont composées de différentes méthodes (questionnaires, échelles, entretiens, vidéos, dessins).

Conclusion : Cette revue de littérature étoffée a permis, dans un premier temps, une prise de conscience des répercussions psychosociales après un infarctus du myocarde et dans un deuxième temps, la mise en évidence de méthodes d'interventions utiles dans la prise en charge des facteurs psychosociaux des suites d'un infarctus du myocarde.

Mots-clés : *Myocardial infarction, depression, anxiety, psychosocial intervention, counseling, illness perception*

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, mögliche Interventionen zu finden, um negative psychosoziale Auswirkungen nach einem Herzinfarkt zu verhindern.

Methode: Diese Arbeit ist ein systematischer Literaturreview. Zehn Forschungsarbeiten aus elektronischen Datenbanken sind mit Hilfe verschiedener Beurteilungskriterien ausgewählt worden. Anschließend wurden sie in einer Tabelle dargestellt und analysiert. Die sich daraus ergebenden Interventionen sind nach Kategorien eingeordnet und erörtert worden.

Zielgruppe: Erwachsene Männer und Frauen nach Herzinfarkt; der Altersdurchschnitt in der Gesamtheit aller einbezogenen Studien liegt zwischen 54 und 71 Jahren.

Ergebnisse: Vier verschiedene Kategorien von Interventionen wurden gefunden: In der ersten Kategorie bestand die Intervention in der Evaluation durch eine Pflegekraft. In der zweiten Kategorie zielte die Intervention auf die Feststellung des Informations- und Kenntnisstandes der Person über ihre Krankheit ab. In den zwei weiteren Kategorien erfolgten die Interventionen als Gruppenintervention oder per Telefon. Die Interventionen wurden mittels verschiedener Methoden durchgeführt (Fragebogen, Skala, Gespräch, Video, Zeichnung, pflegetherapeutisches Gruppengespräch).

Schlussfolgerung: Dieser systematische Literaturreview hat zum einen erlaubt, eine Einsicht in die psychosozialen Auswirkungen nach einem Herzinfarkt zu bekommen und zum anderen konnten Interventionsmethoden in der Betreuung psychosozialer Faktoren nach einem Herzinfarkt gesammelt werden.

Keyword : *Myocardial infarction, depression, anxiety, psychosocial intervention, illness perception*

REMERCIEMENTS

A Madame Catherine Gasser, directrice de mon travail de Bachelor, pour sa disponibilité et son aide.

A Monsieur Hervé Messerli pour son aide lors de l'ébauche de mon travail de Bachelor.

A ma famille et à mon ami pour leur aide, leur soutien et la relecture de mon travail.

A mes collègues de la Haute Ecole de Santé pour leurs précieux conseils.

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction.....	6
1.1	Généralités	6
1.2	Définition de l'infarctus du myocarde.....	6
1.3	Répercussions de l'infarctus du myocarde.....	8
2	Problématique.....	11
3	Objectifs et question de recherche	14
3.1	Objectifs	14
3.2	Question de recherche	14
4	Cadre de référence et concept	15
4.1	Cadre de référence.....	15
4.1.1	Le modèle de l'autorégulation	15
4.2	Concepts.....	17
4.2.1	La dépression	17
4.2.2	L'anxiété.....	19
4.2.3	La qualité de vie	21
4.2.4	La prévention	23
4.2.5	La réadaptation cardiaque	24
5	Méthodologie	27
5.1	Intérêt de la revue de littérature étoffée.....	27
5.2	Réalisation de la revue de littérature étoffée	27
5.3	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	27
5.4	Mots-clés	29
5.5	Flow-Chart et stratégies de recherches	31
6	Résultats.....	40
6.1	Description des résultats.....	40
6.2	Catégories d'intervention.....	41
6.2.1	Les interventions évaluatives.....	41
6.2.2	Les Interventions en lien avec l'information et les perceptions	42
6.2.3	Les interventions en groupe	46
6.2.4	Les interventions par téléphone	48
7	Discussions	51
7.1	Discussion des résultats	51
7.2	Limitations.....	57
8	Conclusion	58
9	Bibliographie	59
9.1	Ouvrages	59
9.2	Etudes ou articles	60
9.3	Documents électroniques	63
9.4	Documents de cours.....	65
10	Annexes.....	66
10.1	Annexe I : Déclaration d'authenticité.....	66
10.2	Annexe II : Schéma processus cognitifs et émotions	67
10.3	Annexe III : Schéma modèle d'autorégulation	70
10.4	Annexe IV : Grilles d'analyse des recherches retenues.....	73
10.5	Annexe V : Grille récapitulative des résultats	125

1 INTRODUCTION

1.1 GÉNÉRALITÉS

Les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de mortalité dans le monde. Elles provoquent 17,1 millions de décès par année, dont 7,2 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne telle que l'infarctus du myocarde (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2011). En Suisse, les maladies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité (36,5%), ceci même si le taux de décès est en diminution (Office fédéral de la statistique [OFS], 2009), la seconde étant les cancers. Plus de la moitié des décès sont causés par un accident ischémique tel que l'infarctus du myocarde (OFS, *ibid.*).

Au travers de mes expériences personnelles, j'ai été en contact avec des personnes ayant subi un infarctus du myocarde, ce qui m'a amené à m'interroger sur les effets de cette maladie au niveau psychologique et psychosocial. Compte tenu de la fréquence de l'infarctus du myocarde dans nos sociétés occidentales et donc pas uniquement en Suisse, je trouvais intéressant de développer dans le cadre de ma profession d'infirmière, le thème des répercussions psychosociales négatives après un infarctus. Cette revue de littérature étoffée doit donc permettre d'identifier les interventions possibles liées à cette thématique.

1.2 DÉFINITION DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'infarctus du myocarde (communément appelé crise cardiaque) est un composant, avec l'angine de poitrine, du syndrome coronarien aigu (Vidalrecos, 2012). L'infarctus du myocarde désigne une nécrose ischémique du muscle cardiaque due à un rétrécissement de la lumière des artères coronaires, provoquant la diminution ou l'arrêt de l'irrigation d'une zone de celui-ci. Le rétrécissement des artères peut être causé par des plaques d'athérome qui se sont déposées dans les artères coronaires, par une embolie, un thrombus, une hémorragie ou un choc. La diminution de l'apport sanguin au niveau du myocarde entraîne une diminution de l'apport en oxygène au cœur, ce dernier ne recevant plus suffisamment d'oxygène par rapport à ses besoins (Brunner & Suddarth, 1994, p.307). Les cellules cardiaques qui ne sont plus irriguées,

sont remplacées par du tissu cicatriciel non contractile. Les chances de survie sont étroitement liées à la localisation et à l'étendue de la région nécrosée (Marieb, 2005, p.704).

Les principaux facteurs de risque de cette maladie sont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le stress, la sédentarité, la surcharge pondérale. Tous ces facteurs sont directement liés au mode de vie de notre société et posent un véritable problème de santé publique. D'autres composants non modifiables, tels que l'hérédité, le sexe ou l'âge sont aussi des données à prendre en compte (Bassand & Schiele, 2005). Les hommes sont souvent plus à risque que les femmes, mais cette différence tend à se réduire celles-ci atteignent l'âge de la ménopause (Bassand & Schiele, *ibid.*).

Le premier symptôme de l'infarctus du myocarde se caractérise par une vive douleur contractive soudaine au niveau thoracique, irradiant l'épaule, le bras gauche, le cou et la mâchoire. Cette douleur peut devenir de plus en plus forte, elle est généralement décrite comme étant très oppressante. Elle s'accompagne souvent de difficultés à respirer, d'une sensation de malaise, de pâleur, d'une transpiration profuse, de nausées et de vomissements. (Giller, 2011 ; Brunner & Suddarth, 1994). Ces symptômes constituent une source très anxiogène pour la personne atteinte. Dans certaines situations, l'ischémie myocardique peut être au contraire silencieuse, sa cause n'étant pas encore exactement connue. Il apparaît cependant que ce phénomène se retrouve chez des personnes diabétiques ou des personnes âgées, chez qui l'action des neurotransmetteurs est diminuée par la neuropathie liée au diabète ou à l'âge (Marieb, 2005 ; Brunner & Suddarth, *ibid.*).

L'infarctus du myocarde met en jeu le pronostic vital de la personne et nécessite donc une prise en charge très rapide. La majorité des décès survient dans les 12 premières heures (par fibrillation ventriculaire), 60 % de ces derniers survenant même au cours de la première heure (Bassand & Schiele, 2005). Une hospitalisation est nécessaire suivi dans la majorité des cas d'un programme de réadaptation. Le taux de décès reste

important durant la première semaine (70%), il est même plus important lors des trois premiers jours (50%) (Bassand & Schiele, *ibid.*).

Les traitements de l'infarctus du myocarde sont constitués :

- des traitements pharmacologiques (Brunner & Suddarth, *ibid.*).
- de l'angioplastie transluminale percutanée qui consiste à introduire un cathéter muni d'un ballonnet jusque dans l'artère obstruée. Ce ballonnet est gonflé afin de dilater l'artère. A la suite de cette intervention, une endoprothèse (stent) peut être posée (Menche, 2007, p.283)
- du pontage coronarien qui consiste à la dérivation de la zone obstruée par un greffon veineux (Menche, *ibid.*).
- des modifications des habitudes de vie (régime alimentaire, activité physique, l'arrêt du tabac...) (Brunner & Suddarth, *ibid.*).

L'infarctus du myocarde entraîne certaines complications cardiaques, tels qu'une insuffisance cardiaque, des troubles du rythme cardiaque, des troubles de conduction, des complications thromboemboliques et un risque de récurrence ischémique (Bassand & Schiele, *ibid.*).

1.3 RÉPERCUSSIONS DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'infarctus du myocarde est un événement brutal. Il confronte directement l'individu à sa propre mort et provoque un véritable choc. De plus, il atteint le cœur, un organe chargé de symbole, siège des sentiments et de la pensée, centre vital de l'être humain. L'atteinte à cet organe central remet en cause inconsciemment l'invincibilité imaginaire de la personne (Rezette, 2008).

La maladie entraîne de nombreuses répercussions dans le quotidien de la personne : modification des habitudes alimentaires et des activités physiques, prise d'une médication régulière, temps de travail devant parfois être modifié, difficultés financières. Des répercussions physiques sont également à relever, notamment : la fatigue, l'épuisement, l'insomnie, les troubles de la fonction sexuelle, les douleurs de poitrine.

La survenue subite de la maladie, les traitements, l'hospitalisation, les possibles complications, les répercussions de la maladie sur la vie quotidienne influencent l'état psychologique de la personne et entraînent parfois des manifestations émotionnelles et comportementales, comme l'anxiété et la dépression, comparables à celles que l'on peut observer après un événement traumatique (Debray, Granger & Azaïs, 2010). D'autres répercussions psychosociales peuvent survenir sous diverses formes, irritabilité, désespoir, tristesse, déni, évitement, difficultés de concentration, dysphorie, pessimisme, sentiment de culpabilité, agoraphobie, retrait social, reprise tardive du travail (Mierzyńska, Kowalska, Stepnowska, Piotrowicz, 2010 ; Roberge, 2007). Ces facteurs ne sont pas anodins et peuvent à leur tour être considérés comme des facteurs de risque de nouvelles complications et être la cause de nouvelles difficultés dans la vie familiale, sociale, professionnelle ou sexuelle (Grosbois, 2010). Le terme psychosocial regroupe des composants psychologiques et des composants de la vie sociale (Larousse, 2008). Ces deux groupes de facteurs ont une influence les uns sur les autres et sont tous deux présents dans la thématique traitée.

La menace engendrée par un infarctus du myocarde entraîne aussi une réponse cognitive chez la personne qui tente de construire sa propre représentation de la maladie. Ce cheminement psychologique joue un grand rôle dans le processus de rétablissement et dans la manière dont les informations données par les soignants sont comprises (Cherrington, Moser, Lennie & Kennedy, 2004).

L'infarctus du myocarde est une source importante d'anxiété, non seulement pour la personne atteinte, mais également pour tout son entourage (Lukkarinen & Kyngäs 2003, cité par Eriksson, Asplund & Svedlund, 2010). Les répercussions de la maladie touchent indirectement les autres membres de la famille. Après un tel événement, le fonctionnement et le dynamisme familial peut subir des perturbations (Fleury & Moore 1999 ; Hilding, Fridlund & Lidell, 2007 cité par Erikson et al., ibid). Un changement de rôle est parfois perceptible au sein du couple, de la famille ou de la société. La famille est un vecteur important dans le processus de rétablissement après la survenance de l'infarctus du myocarde (Nelson, Baer & Cleveland, 1998).

Les répercussions physiques et psychosociales peuvent considérablement diminuer la qualité de vie de la personne et entraver ses objectifs (Mierzyńska, Kowalska, Stepnowska, Piotrowicz, 2010).

2 PROBLÉMATIQUE

A l'évocation de l'infarctus du myocarde, son côté somatique est le plus souvent mis en avant : physiopathologie, facteurs de risque, mortalité. Par contre, ses répercussions psychosociales, pourtant nombreuses, sont trop peu souvent mises en évidence, alors qu'elles ont une influence significative dans la convalescence, le suivi d'une réadaptation cardiaque, la qualité de vie et le pronostic vital de la personne.

Dans la littérature, l'anxiété et la dépression sont les deux troubles émotionnels les plus fréquemment rapportés après un infarctus. L'anxiété est la première et la plus fréquente réponse psychologique de la personne confrontée à cette atteinte. Sa prévalence mesurée rapidement après l'évènement est de 60% et reste encore très élevé (40%) un an après (Newman, 2004). Un patient avec un taux d'anxiété élevé durant les premières 48 à 72 heures suivant son arrivée à l'hôpital a six fois plus de risque de complication cardiaque (Crowe, Runions, Ebbesen, Oldridge, Streiner, 1996 ; Watkins, Blumenthal & Carney, 2002 ; Moser et Dracup, 2007, cité par Abu Ruz, Lennie, Riegel, McKinley, Doering & Moser, 2010). L'anxiété joue un rôle dans la diminution de la qualité de vie et peut retarder ou même empêcher une modification souvent nécessaire des comportements (Newman, 2004). Une évaluation pourrait prévenir ou réduire le développement des symptômes dépressifs. Une étude a en effet montré que, dans le cas des patients suivis en psychiatrie ambulatoire, les troubles d'anxiété précédaient une dépression (Wittchen, Kessler, Pfister & Lieb, 2000, cité par Huffman, Smith, MD, Quinn & Fricchione, 2006). Malgré sa récurrence, l'anxiété n'est pas suffisamment ou pas du tout évaluée. Lorsqu'elle est évaluée, elle ne l'est pas avec des mesures objectives mais sur la base des propres évaluations subjectives des soignants. Cette mesure peut donc différer de celle des patients. C'est cependant et le plus souvent sur la base de cette évaluation subjective que les soignants administrent des médicaments. Dans ces conditions, la gestion de l'anxiété reste encore trop souvent inefficace (Abu Ruz et al., *ibid.*). Il reste à souligner que peu d'études décrivent des actions concrètes dans la gestion de l'anxiété chez des patients après un infarctus du myocarde.

Quant à la dépression post-infarctus, elle touche 20% des patients (Echols & O'Connor, 2010). Elle est donc trois fois plus élevée que dans la population normale (Newman, 2004) et augmente de 2,5 fois le taux de mortalité (Ramjeet & Gray, 2011). La dépression est associée à une absence de participation en réadaptation, une moins bonne compliance, notamment au niveau des modifications des comportements par rapport aux facteurs de risque, à une diminution du fonctionnement, du bien-être et de la qualité de vie (Newman, 2004 ; Ziegelstein, Kim, Kao, Fauerbach, Thombs, MCCann, Colburn, Bush, 2005). Tout comme l'anxiété, la dépression n'est pas régulièrement évaluée, et ce, surtout durant l'hospitalisation (Ziegelstein et al. 2005). La dépression n'est souvent pas diagnostiquée après un infarctus du myocarde et reste donc chez beaucoup de patients non traitée. Quatre raisons peuvent expliquer cette carence dans le traitement. Premièrement, certains symptômes sont similaires dans la dépression et l'infarctus du myocarde. Deuxièmement, certains soignants et médecins pensent que la dépression est une réaction normale après un infarctus. Troisièmement, les soignants, les médecins mais également les patients sont réticents à l'idée d'évoquer les symptômes dépressifs. Quatrièmement, les médecins ne sont enclins à prescrire des antidépresseurs chez des personnes souffrant d'une maladie cardiaque, en raison d'éventuels effets secondaires (Guck, Kavan, Elsasser et Barone, 2001, p. 641).

D'autres challenges se posent dans la prise en charge des patients, par exemple, ceux liés au besoin d'informations. Aujourd'hui en effet, sous l'influence des progrès médicaux, la durée de l'hospitalisation devient de plus en plus courte, réduisant d'autant les possibilités de fournir aux patients les clés d'une éducation post infarctus digne de ce nom (Jacobs, 2000, cité par Gould, 2011). Il est important pour les soignants de savoir de quelles informations le patient a besoin et quel est le moment le plus propice pour les lui transmettre. Les besoins d'informations et le niveau de compréhension peuvent en effet considérablement varier durant les différentes phases de rétablissement du patient (Chan 1990, Jensen & Peterson 2003 cité par Smith & Liles, 2007). Il est important de partir des besoins du patient, dans la mesure où les perceptions sur l'importance des informations peuvent considérablement différer entre soignants et patients (Timmins & Kaliszer, 2003). De plus, certains sujets,

telles que la sexualité, sont considérés comme importants mais plus délicats à aborder. La plupart des patients ont indéniablement des craintes relatives à la reprise d'une activité sexuelle mais ne l'expriment pas forcément. Les soignants, quant à eux, n'abordent souvent pas cette thématique par manque de connaissances et par peur d'entrer dans la sphère intime du patient. Une des difficultés est donc de savoir à quel moment aborder ce thème avec des patients souvent plus préoccupés par d'autres questions durant leur hospitalisation (Steinke, 2000).

Il est essentiel dans un premier temps que le personnel soignant soit sensibilisé et prenne conscience des répercussions psychosociales de l'infarctus du myocarde, ainsi que des représentations se construisant autour de la maladie. Ces données permettraient de mettre en place une meilleure prévention secondaire ou même tertiaire dans ce domaine, de reconnaître plus rapidement les signes d'anxiété et de dépression, afin de proposer des interventions plus adéquates et d'améliorer la prise en charge des patients. Ce travail peut être déjà commencé dans un service de soins aigus puis poursuivi en rééducation. Il faut noter cependant, que malgré le fait que la réadaptation fait partie intégrante des programmes nationaux de prévention chez les patients cardiaques en Amérique du Nord, en Europe et en Australie, 20-25% seulement des patients participent à un programme de réadaptation cardiaque (Cossette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau, Guertin, 2012). Des interventions supplémentaires doivent être prévues pour pallier aux conséquences non négligeables des répercussions psychosociales inhérentes à l'atteinte cardiaque.

3 OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE

3.1 OBJECTIFS

L'objectif de ce travail est de rechercher des interventions possibles pouvant être proposées à des patients après un infarctus du myocarde, au niveau hospitalier, en réadaptation ou lors du retour à domicile, afin de prévenir ou de diminuer les répercussions psychosociales subies par ces personnes.

3.2 QUESTION DE RECHERCHE

Afin de diminuer ou de prévenir les répercussions psychosociales négatives chez une personne adulte frappée par un infarctus du myocarde, quelles sont les interventions possibles durant la première année ?

4 CADRE DE RÉFÉRENCE ET CONCEPT

Selon Loisel (2007, p. 161) « Le cadre est la base conceptuelle d'une étude ». Le cadre de référence choisi permet de comprendre, avec l'aide d'un modèle structuré, l'importance des réponses cognitives chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde et leurs conséquences dans la prise en charge quotidienne.

Les définitions des différents concepts, quant à elles, permettent d'approfondir et d'élargir la compréhension de certains éléments importants en lien avec la thématique choisie.

4.1 CADRE DE RÉFÉRENCE

4.1.1 LE MODÈLE DE L'AUTORÉGULATION

Le modèle de l'autorégulation de la santé et de la maladie, appelé aussi *common sense model of self-regulation* explique les processus cognitifs et émotionnels développés par un individu confronté à une menace pour sa santé qui détermineront sa manière de réagir face à cet événement¹ (Cossette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau & Guertin, 2012). Ce modèle se compose de trois phases :

- Phase 1 : L'interprétation

Lorsqu'un individu est confronté à un événement menaçant pour sa santé, une maladie ou un infarctus du myocarde, des représentations cognitives se créent, souvent à partir de précédentes expériences, et contribuent à donner du sens à la situation nouvellement créée (Leventhal, Hudson & Robitaille, 1997, cité par Cherrington, Moser, Lennie & Kennedy, 2004 ; Diefenbach et Leventhal, 1996, cité par Singh, 2011). Des facteurs internes et externes tels que le déroulement de la maladie la personnalité, l'environnement social, les caractéristiques démographiques, jouent un rôle dans la construction de ces représentations (Cherrington et al., *ibid*). Ces dernières sont d'ordre subjectif et peuvent être différentes de certaines données biomédicales objectives. De plus, elles ne sont pas toujours en lien avec la gravité ou la sévérité de la maladie (Singh, 2011 ;

¹ Annexe II

Petrie, Cameron. Ellis, Buick & Weinman, 2002). La représentation de la maladie elle-même (*illness perception*) est liée à cinq composants :

- I. L'identité : se réfère au terme qu'utilise la personne pour nommer sa maladie et aux symptômes qu'elle associe à celle-ci (Singh, *ibid*).
- II. La chronologie/ la durée : se réfère à la perception que la personne peut avoir sur la durée de sa maladie, de son caractère aigu ou chronique (Singh, *ibid*).
- III. Les conséquences : se réfèrent à la perception des effets physiques, psychologiques et émotionnels de la maladie sur la personne (Stafford, Berk, & Jackson, 2009).
- IV. La contrôlabilité/curabilité : se réfère au contrôle perçu (*perceived control*) par la personne sur la maladie, savoir si elle la perçoit comme contrôlable ou curable (Singh, *ibid.*).
- V. Les causes : se réfèrent à la perception de la personne sur les causes de la maladie et sur les facteurs de risques (Singh, *ibid.*).

A titre d'illustration, une personne qui a une représentation positive de sa maladie pourra identifier plus facilement les symptômes et les causes, estimera que sa maladie est guérissable et contrôlable et qu'elle aura peu de répercussions sur sa vie future (Buick & Petrie, s.d., cité par Cherrington et al., 2004). De même, si une personne estime que ses habitudes de vie sont la cause de la maladie, elle aura plus de chance de modifier les facteurs de risques identifiés. Au contraire, si le patient estime que l'hérédité est la seule cause de son infarctus, il n'acceptera peut-être aucune modification de son mode de vie (Newman, 2004). Une représentation négative peut donc contribuer à un taux élevé de dépression dans les mois suivants l'accident (Stafford, Berk & Jackson, 2009).

La thématique de la représentation de la maladie est donc importante dans le contexte de l'éducation des patients, dans la mesure où les représentations existantes servent de cadre à l'évaluation et l'assimilation de toutes les nouvelles informations. (Ward, Heidrich & Donovan, 2007).

- Phase 2 : Le coping

Les représentations de la maladie ont une influence importante sur les stratégies d'adaptation (*coping*) et les comportements développés et utilisés par la personne (Cherrington et al., 2004). On peut distinguer deux types de *copings*, celui par approche et celui par évitement (Ogden, 2004).

Le premier sera plutôt orienté sur des comportements entraînant une résolution de problèmes (dialogue, recherche d'alternative, recherche de soins médicaux, auto-prescription). Le second sera plutôt orienté vers des comportements liés aux émotions (dénier, évitement, distanciation), le but étant, dans les deux cas, de retrouver une certaine normalité (Ogden, 2004 ; Pitts & Phillips, 1998).

- Phase 3 : L'évaluation

Dans cette dernière phase, l'individu évaluera l'efficacité des stratégies utilisées. Si ces dernières sont perçues comme non-efficaces, elles pourront être modifiées (Pitts & Phillips, *ibid.*).

Le modèle d'autorégulation² est nommé ainsi en référence aux trois processus mentionnés ci-dessus, ceux-ci interagissant de manière à maintenir un certain équilibre comme une sorte de régulateur de soi (Ogden, *ibid.*). Il est important de préciser que dans ce processus, l'individu est perçu comme un acteur actif dans la résolution de ses problèmes (Singh, *ibid.*).

4.2 CONCEPTS

4.2.1 LA DÉPRESSION

La dépression est définie comme un état mental caractérisé par des sentiments permanents de tristesse, de désespoir, une perte d'énergie et des difficultés à gérer la vie quotidienne. Elle comprend aussi d'autres symptômes tels qu'un sentiment d'inutilité, une perte de plaisir dans les activités, un changement dans les habitudes

² Annexe III

alimentaires, des troubles du sommeil et des pensées de mort ou de suicide (Larsen & Lubkin, 2009)

Selon Atkinson (1987), quatre groupes de symptômes se distinguent dans un état dépressif, soit;

- les symptômes affectifs se manifestant par de la tristesse constante et de la mélancolie, ainsi qu'une perte d'intérêt par rapport aux activités (anhédonie), sentiment de culpabilité et d'anxiété.
- les symptômes cognitifs caractérisés par des pensées négatives, une diminution de l'estime de soi, un sentiment d'impuissance, des difficultés de prendre des décisions et de se projeter dans l'avenir.
- les symptômes psychomoteurs (motivationnels) se manifestant pour la personne touchée par une faiblesse générale de la motivation, une tendance à devenir passive, un ralentissement moteur notamment au niveau du langage et un ralentissement psychique avec de grandes difficultés de concentration.
- les symptômes somatiques caractérisés principalement par une grande fatigue, une perte d'énergie, une perte d'appétit et de poids, des troubles du sommeil et une baisse de la libido.

L'état dépressif a des conséquences non négligeables. Il peut amener à un repli sur soi lié à une isolation sociale de plus en plus marquée et une incapacité à assumer son travail. Des difficultés au sein du couple peuvent aussi apparaître sous diverses formes: manque de compréhension du comportement du partenaire, sentiment d'impuissance de la part du conjoint, baisse de désir sexuel, manque d'énergie de la personne souffrante qui devient une charge pour le conjoint (centre de conseil psychologique, 2010). Une autre conséquence importante est le risque de suicide 30 fois supérieur par rapport à la population générale (Archinard, Sekera & Stalder, 2004).

La dépression engendre également de nombreux dérèglements neurobiologiques et humoraux complexes qui peuvent avoir une action directe sur le fonctionnement du système cardiovasculaire et ainsi augmenter le taux de risques de récurrence et de décès

chez les patients coronariens, indépendamment des autres facteurs de risques cardiovasculaires ou de la gravité d'un l'infarctus antérieur (Testuz, 2009, p.518).

La dépression touche un tiers des personnes souffrant d'une maladie chronique. Elle apparaît fréquemment lors de l'annonce du diagnostic, car le patient doit faire face à la réalité, aux changements et aux implications engendrées par une telle maladie. Les mécanismes émotionnels ainsi que les stratégies d'adaptation individuelles se révèlent souvent dépassés par cette nouvelle situation et par les doutes qu'elle entraîne (Larsen & Lubkin, 2009).

Dans la population générale, le taux de diagnostic de dépression est estimé entre 10-25% chez les femmes et entre 5-12% chez les hommes. Par contre, le taux de dépression apparaissant lors d'une maladie physique ou somatique est relativement élevé. Par exemple, le taux de dépression chez des personnes ayant eu un arrêt cardiaque (infarctus du myocarde) s'élève à 40-65%, il est de 18-20% chez des personnes atteintes par une maladie coronaire (Larsen & Lubkin, *ibid*, p. 416).

4.2.2 L'ANXIÉTÉ

Le terme anxiété a pour racine latine *anxio* = inquiétude (Servant, 2007). L'anxiété est une réponse psychologique et physiologique chez une personne qui se sent menacée. Elle génère un sentiment d'appréhension, de crainte et d'inquiétude (Spielberger, Gorshuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983, cité par Frazier, Moser, O'Brien, Garvin, An & Macko, 2002). Des réactions physiologiques, telle que l'activation du système nerveux sympathique et du système endocrinien (avec l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien), sont déclenchées en même temps que l'anxiété et peuvent entraîner notamment, une altération de la coagulation, une réduction de la réponse immunitaire, un ralentissement de la cicatrisation, une augmentation du rythme cardiaque, une augmentation de la charge de travail du myocarde et de sa consommation d'oxygène (Fehder, 1999 ; Spalding, Jeffers, Porges & Hatfield, 2000 ; Edell-Gustafsson & Hetta, 1999 ; Brezinski, Tofler & Muller, 1988 ; Wither, Hillegas & Tofler, 1992, cité par Frazier et al., *ibid*.). Ces réactions peuvent entraîner d'importantes complications cardiaques.

L'anxiété est très proche d'autres émotions tels que l'angoisse, la peur et le stress. Les termes anxiété et angoisse sont donc très proches. En allemand et en anglais, ces deux termes sont exprimés par le même mot: « Angst » et « anxiety ». Pour les différencier, certains auteurs définissent l'angoisse plutôt comme un trouble physique se manifestant par une sensation de constriction et d'étouffement et l'anxiété comme un trouble psychique se traduisant par un sentiment d'insécurité (Brissaud, 1860, cité par Servant, 2007). D'un point de vue biologique, l'anxiété découlerait des mécanismes de la peur. La principale distinction entre ces deux émotions est que la peur est une réaction immédiate à une menace réelle alors que l'anxiété survient sans raison apparente et peut être parfois disproportionnée par rapport à la situation réelle (Servant, *ibid*).

L'anxiété et le stress sont étroitement liés, car l'anxiété est l'une des réponses du stress relativement fréquente (Servant, *ibid*). Le stress est une réaction adaptative qui mobilise tout l'organisme dans la confrontation aux agents extérieurs ressentis comme dangereux. Il prépare ainsi l'organisme à une éventuelle lutte, fuite ou, au contraire, le condamne à l'immobilité. Cette réaction est normalement de courte durée. Si elle se prolonge, le stress peut devenir pathogène et provoquer des troubles psychosomatiques (Bonino, 2008, p.46).

Le stress peut être perçu de plusieurs manières, soit comme un facteur déclenchant, décrit sous le nom de «stresseur ou stressor», soit comme une réaction de l'organisme. Sous le vocable facteur déclenchant, il existe différents types de «Stressor» à l'origine d'une réaction de stress: des «stresseurs» physiques (le bruit, la chaleur), corporels (des blessures, des douleurs) ou sociaux (isolation, conflits). A cette liste non exhaustive, on peut ajouter tous les événements prévus ou imprévus du quotidien, par exemple, le manque de temps, les examens, les rendez-vous, le travail, etc.

Les réactions de l'organisme causées par le stress sont nombreuses et peuvent se situer à plusieurs niveaux:

- Au niveau de l'organisme sous forme d'une augmentation des battements du cœur, de la respiration, de la tension dans tout le corps, etc.
- Au niveau du comportement, à savoir manger très rapidement, fumer cigarette sur cigarette, boire excessivement de l'alcool, pratiquer l'automédication, devenir agressif, etc.
- Au niveau cognitif et émotionnel entraînant nervosité, colère, sentiment de détresse, anxiété, angoisse, auto-reproche (Kaluza, 2004, p.13-15).

Le psychisme de la personne est aussi un médiateur important dans l'évaluation des agents stressants et dans les réponses émotionnelles et comportementales apportées. L'intensité du «stressor» sera influencée par le rôle, la signification et la valeur positive ou négative que la personne va lui donner. L'évaluation de la gravité d'une situation dépend des ressources du moment de l'individu pour faire face au danger, des souvenirs, des comparaisons faites entre la situation actuelle et des événements passés similaires. L'état émotionnel du moment a une influence significative sur les «stressors» et sur les réactions du stress. C'est pourquoi, les réactions dans une situation similaire peuvent différer d'un individu à l'autre (Bonino, *ibid.*, p.47).

En cas de maladie, celle-ci devient elle-même source de stress en raison des troubles, des restrictions, des renoncements, des changements sociaux en découlant ainsi que de l'incertitude générée. Les contrôles médicaux peuvent aussi provoquer beaucoup de stress chez un patient qui, à chaque fois, peut craindre une éventuelle complication ou aggravation de son état (Bonino, *ibid.*, p.45).

4.2.3 LA QUALITÉ DE VIE

Selon l'Organisation de la Santé [OMS] (1993) « la qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (cité par Joly, 2009). Dans plusieurs définitions, la qualité

de vie est liée au bien-être, particulièrement psychique, physique, social et spirituel ou liée à la satisfaction de la vie (Lubkin, 2002).

Il y a deux principaux concepts dans la qualité de vie (Lubkin, ibid, p. 328) :

- I. Le concept de subjectivité, selon lequel chacun peut avoir sa propre perception et évaluation de la qualité de vie, de nombreux facteurs subjectifs pouvant influencer le bien-être psychique, physique et social.
- II. Le concept de multifactorialités, selon lequel plusieurs facteurs influencent et jouent un rôle dans la qualité de vie, dont par exemple, l'état psychique et physique, la spiritualité, le statut et les conditions sociales, le relationnel, la symptomatologie, la perception de la santé, le niveau de stress, l'indépendance, l'environnement, la culture, la sexualité, les conditions économiques, les conditions professionnelles, la capacité d'accéder à des soins, les valeurs personnelles, la satisfaction, la joie. Ainsi, la modification de ces facteurs peut engendrer une baisse de la qualité de vie perçue par la personne dans un état de malade.

D'autres propriétés font partie du concept de la qualité de vie (Eicher, 2011) :

- I. La variabilité en tant que la qualité de vie n'est pas un état stable, qu'elle dépend d'un moment donné et qu'elle est influencée par chaque situation et expérience individuelle.
- II. La non-normativité ou l'absence de normes de référence au niveau de la qualité de vie.

La qualité de vie peut aussi se définir par rapport aux besoins perçus par la personne. Chaque situation impliquant une maladie influence la capacité des individus à satisfaire ses besoins. Lorsque les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est maintenue voir augmentée, elle est évidemment diminuée en cas de non satisfaction de ceux-ci (Auquier & Iordanova, 2004).

La santé n'est ainsi plus définie comme l'absence de maladies ou d'infirmités, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social (OMS, 1948, cité par

Roche & Similowska, 2007, p.14). C'est une notion plutôt positive. Avec le développement du concept de la santé, d'autres concepts de santé subjective, de santé perçue ou de qualité de vie liée à la santé sont ainsi apparus qui mettent en évidence une volonté d'appropriation des problèmes de santé par la société et par les individus qui la composent. Cela implique, que les professionnels de la santé doivent de plus en plus prendre en compte le point de vue des patients dans leur prise en charge (Roche & Similowska, *ibid*, p.14). Selon Patrick et Erikson (1993), « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau de fonctionnement, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé » (cité par Auquier & Iordanova, *ibid*, p.15).

L'évaluation de la qualité de vie permet de mesurer l'impact de la maladie ou des interventions de santé sur les patients et leurs familles (Larsen & Lubkin, 2009, p.139).

4.2.4 LA PRÉVENTION

La prévention désigne l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents (OMS, s.d, cité par Bourdillon, s.d.).

Trois types de prévention se distinguent qui agissent à des niveaux différents :

- I. La prévention primaire : elle englobe tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux (OMS, s.d cité Quinodoz, 2010). Ce sont toutes les mesures qui interviennent avant les premiers symptômes afin d'éviter le développement d'une maladie ou d'un trouble de se développer (Messerli, s.d, cité par Quinodoz, *ibid*.).
- II. La prévention secondaire : elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en réduisant l'évolution et la durée (San OMS, s.d, cité par Quinodoz, *ibid*). Le but est de détecter les troubles ou la maladie à un stade précoce par des dépistages et de traiter

les premières atteintes, afin de réduire la gravité de la maladie et ralentir son évolution (San Martin, 1993, cité par Quinodoz, *ibid.*).

- III. La prévention tertiaire : elle regroupe tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population donnée, en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie (OMS, s.d, cité par Quinodoz, *ibid.*). Le but est d'empêcher les rechutes et de réduire les complications ou les séquelles liées à la maladie ou aux accidents. Cette prévention est intégrée dans les soins de réadaptation (San Martin, 1993, cité par Quinodoz, *ibid.*)

La prévention se divise ensuite en trois sous-groupes en fonction de la population qu'elle veut cibler :

- **La prévention universelle** cible l'ensemble de la population quel que soit son état de santé et s'efforce, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, de permettre à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quel que soit son état (Bourdillon, s.d).
- **La prévention orientée** cible essentiellement les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés (Bourdillon, *ibid.*).
- **la prévention ciblée** s'adresse aux malades en les aidant à gérer leur traitement de façon à améliorer les résultats. Elle correspond à l'éducation thérapeutique (Bourdillon, *ibid.*).

Le champ de prévention peut être très large et concerner notamment les conditions de vie, les facteurs de risque ainsi que la gestion de la maladie, souvent en relation avec les modes de vie et les comportements (Bourdillon, *ibid.*).

4.2.5 LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

La réadaptation cardiaque est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible

dans la vie de la communauté. La réadaptation ne peut être considérée comme une thérapeutique isolée mais doit être intégrée à l'ensemble du traitement, dont elle ne constitue qu'une facette (OMS, 1993, cité par Iliou, 2005). Elle aide les personnes à renforcer leur indépendance et à s'adapter aux modifications qu'impliquent la maladie (Larsen & Lubkin, 2009).

La réadaptation est structurée en trois phases permettant la continuité de la prise en charge d'un patient cardiaque :

- Phase I : Hospitalisation avec mobilisation physique précoce, évaluation des facteurs de risques, réassurance, conseils et évaluation de l'état psychologique (Fondation Suisse de cardiologie, s.d)
- Phase II : Réadaptation en ambulatoire ou en stationnaire.
Lors d'une réadaptation en ambulatoire, les patients peuvent rentrer à la maison et suivre la journée un programme de réadaptation dans un centre pendant environ quatre à douze semaines. Lors d'une réadaptation stationnaire, les patients séjournent dans un centre de réadaptation pendant environ trois à quatre semaines. Le choix dépend du type de réadaptation et est discuté avec le médecin. Il dépend de l'état de santé des patients, de ses préférences, de sa mobilité, de sa situation sociale, de la proximité d'un centre de réadaptation (Groupe Suisse de travail pour la réadaptation cardiovasculaire [GSRC], s.d).
- Phase III : Réadaptation au long cours, par exemple, au travers de groupes de maintenance. Cette phase a pour but de maintenir les acquis développés en phase II et de renforcer la motivation des patients dans leurs efforts (GSRC, ibid.).

La prise en charge des patients en réadaptation doit se faire dans le cadre d'une équipe de professionnels multidisciplinaire (par exemple, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, infirmiers, médecins, psychologues, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux) qui offrent différentes prestations adaptées aux besoins du moment du patient (Doumont & Libion, 2009).

Certains bénéfices de la réadaptation cardiaque ont pu être démontrés, telles que la diminution des réhospitalisations, la diminution de la mortalité (de 27-31%) et des récives, l'augmentation du taux de retour au travail et de la rapidité de la reprise de l'activité professionnelle, l'augmentation de la qualité de vie, la limitation des conséquences psychosociales, l'amélioration de la capacité physique (GSRC, s.d, Cossette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau, Guertin, 2012).

5 MÉTHODOLOGIE

5.1 INTÉRÊT DE LA REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE

Le choix d'une revue de littérature comme devis du Bachelor Thesis permet de faire le point sur l'état des connaissances d'une problématique rencontrée dans la pratique infirmière ou d'un sujet en lien avec les soins qui peut nous interpeler (Loiselle, 2007, p. 138-139). Par rapport à mon travail, une revue de littérature permet de confronter, discuter, analyser les résultats de plusieurs recherches correspondant à mon sujet. En utilisant ce type de devis, il est, donc, possible d'avoir une meilleure vue d'ensemble des répercussions psychologiques d'un infarctus et de mettre en évidence un certain nombre d'interventions possibles ou souhaitables. La revue de littérature permet ainsi de mettre en exergue un certain nombre d'interventions fondées sur des résultats probants, dans le but d'améliorer la pratique infirmière. Elle permet aussi d'ouvrir de nouvelles perspectives, de poser de nouvelles problématiques et de mettre en évidence les éventuelles lacunes qui subsistent dans les travaux de recherches effectués jusqu'à maintenant (Loiselle, *ibid.* p.138-139).

5.2 RÉALISATION DE LA REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE

L'élaboration de cette revue de littérature étoffée a passé par plusieurs étapes. Il a fallu, tout au début, déterminer une thématique, puis réaliser une recherche de documents (sur internet et dans des livres, journaux, revues), afin de définir une problématique et une question de recherche. Une première ébauche de la méthodologie a été réalisée. Cette première étape a été effectuée au travers d'une esquisse de la revue de littérature.

5.3 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Dans un deuxième temps, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis permettant ainsi de déterminer les différentes caractéristiques que requièrent ou non une étude ou une population. Ils contribuent à ce que les recherches utilisées pour la revue de littérature soient les plus pertinentes possibles et qu'elles correspondent au maximum à la question de recherche posée (Loiselle et Profetto-McGrath, *ibid.* p. 264-

265). Le choix de ces critères s'est fait par-rapport à la problématique que je voulais étudier.

- Choix des critères d'inclusion

La population sélectionnée regroupe des adultes hommes et/ou femmes d'une moyenne d'âge de moins de 75 ans, ayant subi un premier infarctus du myocarde ou souffrant d'un syndrome coronarien aigu ou maladie coronarienne. Ces deux derniers termes ont été ajoutés dans les critères d'inclusion dans le cours des recherches pour permettre d'élargir les interventions possibles, tout en restant dans le domaine de l'infarctus du myocarde. Les conjoints de cette population qui doivent être présents avec la population touchée par la maladie, peuvent aussi être inclus.

Le *setting*³ peut varier entre le milieu hospitalier, le milieu de rééducation et le domicile (personnes en attente ou non d'un programme de rééducation). Le fait de ne pas définir un *setting* précis permet d'avoir une vue globale et une meilleure sensibilisation aux différentes interventions possibles du personnel infirmier après un infarctus du myocarde.

Les études doivent être écrites en langue française, anglaise ou allemande et leurs dates retenues se situer entre 2000 et 2012. Au début du travail, le critère d'inclusion retenue au niveau des dates a été de 1990 et 2012. Cependant, au fur et à mesure des recherches, je me suis rendue compte qu'il serait pertinent et intéressant, étant donné l'évolution constante du domaine de la cardiologie, de chercher des études présentant des interventions récentes au niveau des aspects psychosociaux.

³ Un *setting* est un lieu ou un contexte social dans lequel des êtres humains accomplissent leurs tâches quotidiennes et au cours desquelles des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels agissent conjointement et influencent la santé et le bien-être (OMS, 1998, cité par Quinodoz, 2012)

- Choix des critères d'exclusion

La population ne doit pas souffrir d'autres maladies cardiaques que l'infarctus du myocarde, le syndrome coronarien aigu ou une maladie coronaire. Elle ne doit pas avoir subi d'opérations chirurgicales au niveau du cœur ni n'avoir souffert d'une dépression avant l'infarctus du myocarde. Elle ne doit pas avoir suivi de traitements pour la dépression ou l'anxiété avant les interventions décrites dans les études.

Les études ne doivent pas faire référence à la période précédant l'infarctus du myocarde.

Il n'a pas été aisé de trouver des études sur des interventions infirmières concrètes par rapport à ma thématique et qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ces derniers ont parfois dû être modifiés en cours de travail pour obtenir le nombre de recherches requis. Par exemple, les critères d'exclusion liés aux origines des études définis au début ont dû rapidement être supprimés, car il était impossible de trouver uniquement des études ne venant que d'un seul pays ou d'un seul continent. J'ai dû, d'autre part, être très attentive à ce que la culture n'influence pas excessivement les interventions. Les critères d'exclusion, spécifiant que les interventions ne devaient pas être en relation avec des médecins ou des psychologues mais uniquement avec des infirmiers, ont dû être élargis. Les interventions doivent toujours être envisagées d'être menées par des infirmiers.

5.4 MOTS-CLÉS

Dans un troisième temps, des mots-clés (ou des termes *Mesh*) en anglais (car les bases de données utilisées se font dans cette langue) ont été définis, à partir de mots liés à ma thématique ou de mots ou termes lus dans des études, afin d'effectuer des recherches sur des bases de données électroniques. Au fil des lectures, de nouveaux mots-clés sont mis en évidence. Ces termes ont été utilisés séparément ou combinés les uns avec les autres. Voici les principaux mots-clés utilisés pour mes recherches :

I. Termes Mesh

- *Myocardial infarction* (infarctus du myocarde): nécrose du myocarde causée par une obstruction dans les artères du cœur (pubmed, 1979).
- *Coronary disease* (maladie coronaire): déséquilibre entre les besoins fonctionnels du myocarde et la capacité de vaisseaux coronaires de fournir un débit sanguin suffisant. C'est une forme d'ischémie du myocarde (PubMed, 2012).
- *Nursing* (soins): domaine du prendre soin concernant la promotion, le maintien et la restauration de la santé (PubMed, 2012).
- *Anxiety* (anxiété): sentiment de peur, d'appréhension, mais ce n'est pas handicapant comme un trouble de l'anxiété (PubMed, 2012).
- *Depression* (dépression): état dépressif d'intensité plutôt modérée par rapport à une dépression majeure présente dans un trouble névrosé ou psychotique (PubMed, 2012).
- *Counseling* : fait de donner des conseils et de l'aide à des personnes ayant des problèmes éducatifs ou personnels (PubMed, 1966).
- *Patients* (patients) : Personnes utilisant le système de santé dans le but de recevoir un diagnostic et des soins thérapeutiques ou préventifs (PubMed, 1966).
- *Social support* : systèmes de soutien qui fournissent une aide et encouragent les personnes avec un handicap physique ou émotionnel afin qu'ils arrivent mieux à y faire face. Un soutien social informel est généralement fourni par des amis, des parents ou des personnes dans la même situation alors qu'un soutien

social formel est fourni par des groupes, des communautés religieuses, etc. (PubMed, 1991).

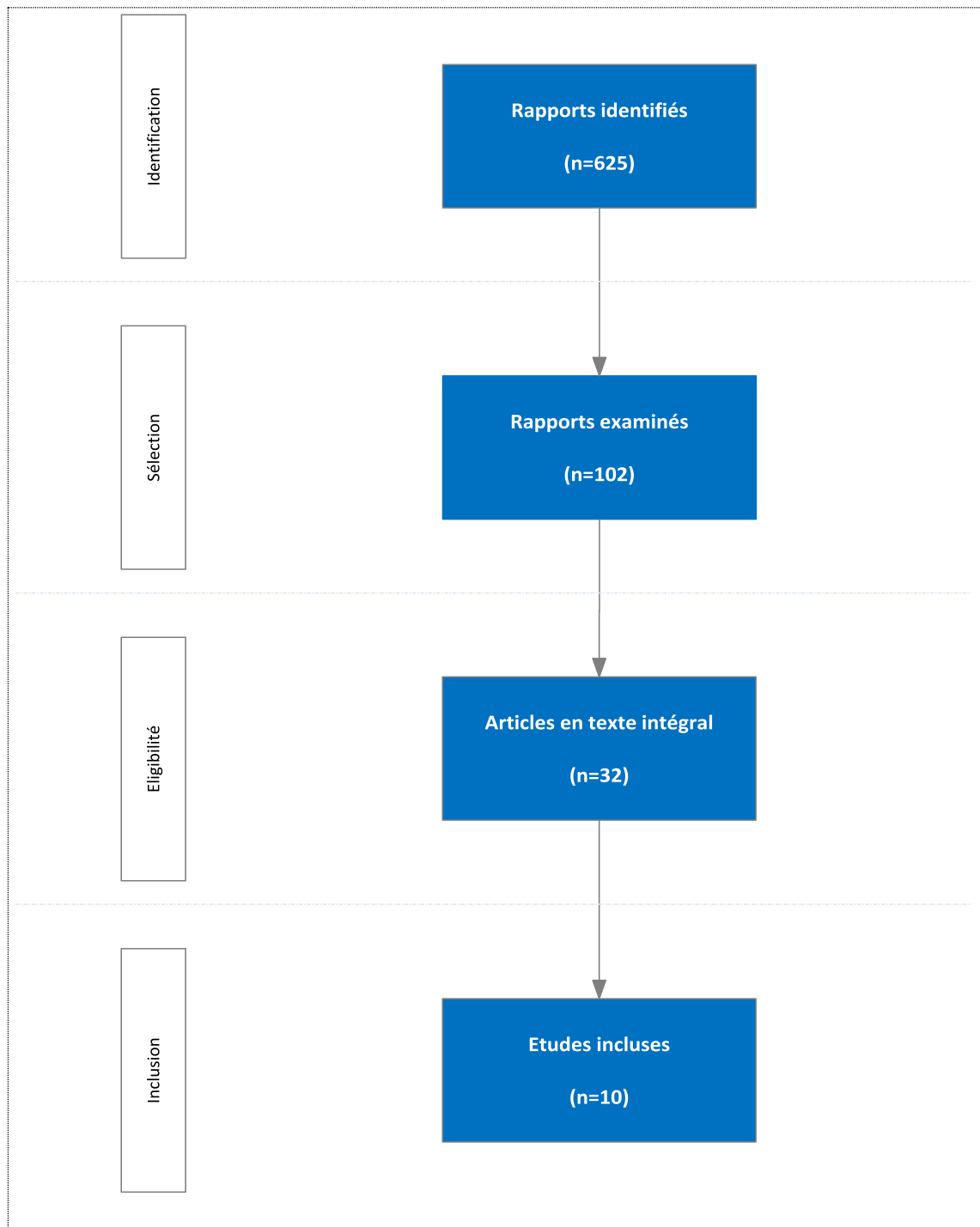
II. Autres termes :

- Illness perception
- Psychosocial intervention/ management/ distress
- Psychosocial intervention/ management/ distress
- Nursing intervention
- Anxiety management, stress management
- Information needs, learning needs
- Assessment/measure/scale
- Coping strategies
- Sexual counseling
- In-hospital/ discharge

5.5 FLOW-CHART ET STRATÉGIES DE RECHERCHES

A l'aide des mots-clés, des recherches ont été menées, entre avril 2011 et juillet 2012, dans les bases de données électroniques de PubMed et PsycInfo, afin de trouver des études qui permettent de répondre à la question de recherche. Les bibliographies de certaines études ont aussi permis de compléter les recherches faites sur les bases de données. La sélection des études s'est déroulée, à chaque étape, avec l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion et par rapport au but recherché. Elle a débuté par la lecture des titres, puis par celle des abstracts et ensuite par celle des textes intégraux. Un premier groupe d'études potentiellement intéressantes et pertinentes a été sélectionné. Puis, une relecture et une analyse des critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de choisir, au final dix études qui seront incluses dans cette revue de littérature.

Le *Flow-Chart* ci-dessous permet de visualiser ce processus.



Sources : Prisma, 2009

Les dix études retenues ont été traduites en français et synthétisées à l'aide de la « grille de lecture critique d'un article scientifique »⁴ (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid.) contenant plusieurs items et sous-items qui permettront de mettre en évidence la pertinence et la structure de l'article ainsi que la mise en pratique des interventions et les résultats qui en découlent.

Différentes stratégies de recherche ont permis de trouver les dix recherches qui permettront l'élaboration de cette revue de littérature étoffée.

➤ Stratégie 1

Recherche effectuée dans PubMed.

"Sex counseling" [Mesh] AND "myocardial infarction" [Mesh]

(Le terme Mesh "Sex counseling" a été trouvé en tapant dans les termes Mesh le mot "counseling".)

20 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Steinke, E. & Swan, J. (2004). Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction. In *Research in Nursing & Health*, 27, 269-280**

➤ Stratégie 2

Recherche effectuée dans PubMed.

"nursing counseling" [all Fields] AND "myocardial infarction" [Mesh]

72 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Bagheri, H., Memarian, R. & Alhani, F. (2007). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients : determined by an analysis of quality of life. In *Journal of Clinical Nursing*, 16, 402-406.**

⁴ Annexe IV

➤ Stratégie 3

Recherche effectuée dans PubMed.

"depression" [Mesh] AND "assessment scale"[all Fields] AND "myocardial infarction"[Mesh]

26 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Di Benedetto, M., Lindner, H. , Hareb, D. & Kent, S. (2005). A Cardiac Depression Visual Analogue Scale for the brief and rapid assessment of depression following acute coronary syndromes. In *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 223– 229**

➤ Stratégie 4

Recherche effectuée dans PubMed.

En écrivant directement dans la barre de recherche de PubMed « nursing intervention for hospital discharge after myocardial infarction », la banque de données a sélectionné les termes Mesh suivants :

("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND ("Intervention (Amstelveen)"[Journal] OR "Interv Sch Clin"[Journal] OR "intervention"[All Fields]) AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields] OR "hospital"[All Fields]) AND ("patient discharge"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "discharge"[All Fields]) OR "patient discharge"[All Fields] OR "discharge"[All Fields]) AND after[All Fields] AND ("myocardial infarction"[MeSH Terms] OR ("myocardial"[All Fields] AND "infarction"[All Fields]) OR "myocardial infarction"[All Fields])

29 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail :

- **Cossette, S., Frasure-Smith, N., Dupuis, J., Juneau, M. & Guertin M.C. (2012). Randomized controlled trial of tailored nursing interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment. In *Nursing Research*, 61, 111-120.**

➤ Stratégie 5

Recherche effectuée dans Pubmed.

En écrivant directement dans la barre de recherche de PubMed « psychological support intervention by myocardial infarction patients », la banque de données a sélectionné les termes Mesh suivants :

("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND ("Intervention (Amstelveen)"[Journal] OR "Interv Sch Clin"[Journal] OR "intervention"[All Fields]) AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields] OR "hospital"[All Fields]) AND ("patient discharge"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "discharge"[All Fields]) OR "patient discharge"[All Fields] OR "discharge"[All Fields]) AND after[All Fields] AND ("myocardial infarction"[MeSH Terms] OR ("myocardial"[All Fields] AND "infarction"[All Fields]) OR "myocardial infarction"[All Fields])

106 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. & Weld-Viscount, P. (2001). Group support for couples coping with a cardiac condition. In *Journal of Advanced Nursing*, 33, 190-199.**

➤ Stratégie 6

Recherche effectuée dans PubMed

En écrivant directement dans la barre de recherche de PubMed « learning needs coronary disease », la banque de données a sélectionné elle-même les termes Mesh suivants :

("learning"[MeSH Terms] OR "learning"[All Fields]) AND ("health services needs and demand"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "needs"[All Fields] AND "demand"[All Fields]) OR "health services needs and demand"[All Fields] OR "needs"[All Fields]) AND ("coronary disease"[MeSH Terms] OR ("coronary"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "coronary disease"[All Fields])

27 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Weibel, L., Schäfer, U. & Imhof, R. (2009). Needs-oriented education for patients with acute coronary syndrome («Individualisierte Schulung und Beratung auf der Intensivpflegestation bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Ein Pilotprojekt zur Forschungsanwendung»).** *In Pflege*, 22, 165–171 .

➤ Stratégie 7

Recherche effectuée dans PubMed

En écrivant directement dans la barre de recherche de PubMed « brief anxiety screening myocardial infarction», la banque de données a sélectionné elle-même les termes Mesh suivants :

("brief" [All Fields] AND ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety"[All Fields]) AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "mass screening"[MeSH Terms] OR ("mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "mass screening"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "early detection of cancer"[MeSH Terms] OR ("early"[All Fields] AND "detection"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "early detection of cancer"[All Fields]) AND ("myocardial infarction"[MeSH Terms] OR ("myocardial"[All Fields] AND "infarction"[All Fields]) OR "myocardial infarction"[All Fields])

15 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Abu Ruz, M., Lennie, T., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. & Moser, D. (2010). Evidence that the brief symptom inventory can be used to measure anxiety quickly and reliably in patients hospitalized for acute myocardial infarction. In *Journal of cardiovascular nursing*, 25, 117-123.**

➤ Stratégie 8

Recherche effectuée dans PubMed.

En écrivant directement dans la barre de recherche de PubMed « illness perception » « myocardial infarction » , la banque de données a sélectionné elle-même les termes Mesh suivants :

("illness" [All Fields] AND ("perception"[MeSH Terms] OR "perception"[All Fields]) AND ("myocardial infarction"[MeSH Terms] OR ("myocardial"[All Fields] AND "infarction"[All Fields]) OR "myocardial infarction"[All Fields])

62 articles ont été trouvés, 1 étude a été gardée: «*Illness perceptions after myocardial infarction: relation to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life*». Cette recherche n'a pas été analysée, mais sa bibliographie a permis de sélectionner une étude qui, elle, a été retenue et analysée pour ce travail :

- **Petrie, K., Cameron, L., Ellis, C., Buick, D. & Weinman, J. (2002). Changing illness perception after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. In *Psychosomatic Medicine* 64, 580-586**

➤ Stratégie 9

Recherche effectuée dans PsycInfo.

"Psychological intervention" [all Fields] AND "in-hospital"[all Fields] AND "Myocardial infarction"[all Fields]

29 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2010). The outcomes of interpersonal counselling on depressive symptom and distress after myocardial infarction. In *Nord Journal psychiatry* , 64, 78-86**

➤ Stratégie 10

Recherche effectuée dans PsycInfo

"illness perception" [all Fields] AND "picture"[all Fields] AND "myocardial infarction"[all Fields]

18 résultats ont été trouvés, une étude a été retenue et analysée pour ce travail:

- **Broadbent, E., Ellis, C., Gamble, G. & Petrie, K. (2006). Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *In Psychosomatic Medicine, 68, 910–913***

6 RÉSULTATS

6.1 DESCRIPTION DES RÉSULTATS⁵

Cette revue de littérature comprend dix études, dont huit sont quantitatives (trois sont des études randomisées contrôlées, deux quasi-expérimentales, une prospective descriptive, une longitudinale descriptive et une quasi-expérimentale corrélationnelle) et deux sont mixtes (deux projets pilotes). Elles ont été réalisées entre 2001 et 2012. Trois études proviennent d'Amérique (une des Etats-Unis et deux du Canada), deux d'Europe (une de Suisse et l'autre de Finlande), trois d'Océanie (deux de Nouvelle-Zélande et une d'Australie), une d'Asie (Iran) et une a été menée entre les Etats-Unis et l'Australie. Sept des dix études ont été approuvées par une commission d'éthique, huit ont obtenu le consentement éclairé des patients. Une seule étude n'a mentionné la présence ni de l'une, ni de l'autre de ces données.

Le nombre de participants dans les échantillons des études retenues se situait :

- entre 50 -100 personnes pour quatre études (respectivement, 58, 65, 69, 70 participants)
- moins de 50 personnes pour deux études (respectivement 10 et 28 participants)
- plus de 100 pour quatre études (respectivement 103, 115, 242, 536 participants)

Au niveau des caractéristiques des échantillons des études, la majorité des participants étaient des hommes et la moyenne d'âge se situait entre 54 et 71 ans. Dans sept études, la population avait subi un infarctus du myocarde et dans trois autres, ils souffraient d'un syndrome coronarien aigu. Les interventions mentionnées dans les études se sont déroulées majoritairement durant les premiers six mois suivant la survenance de l'infarctus du myocarde. Une étude a évalué l'intervention réalisée jusqu'à 18 mois.

Les interventions mentionnées dans les dix recherches retenues ont été rassemblées en quatre catégories d'interventions, à savoir, les interventions évaluatives, les interventions en lien avec l'information et l'éducation aux patients, les interventions

⁵ Annexe V

en groupe et les interventions par téléphone. Chaque catégorie contenait entre deux et quatre types d'interventions, décrites chaque fois avec leurs principaux résultats.

6.2 CATÉGORIES D'INTERVENTION

6.2.1 LES INTERVENTIONS ÉVALUATIVES

Deux études retenues décrivent des outils permettant l'évaluation rapide de l'anxiété et de la dépression durant l'hospitalisation après un infarctus du myocarde. Deux instruments ont été testés : *The brief symptom inventory [BSI]* (Abu Ruz, Lennie, Riegel, McKinley, Doering & Moser, 2010) permettant de mesurer l'anxiété et l'échelle visuelle analogique (Di Benedetto, Lindner, Hareb & Kent, 2005) permettant de mesurer la dépression. Les deux échelles ont prouvé leur fiabilité avec un coefficient alpha de Cronbach à .87 pour la première échelle et à .83 (à jour 1), .91 (à la semaine 1), à .90 (à la semaine 2) pour la deuxième.

1. *The brief symptom inventory for anxiety*

C'est une échelle contenant six items : 1) nervosité et instabilité intérieure, 2) peur soudaine et sans causes précises, 3) sentiment de crainte, 4) surexcitation, 5) période de terreur ou de panique, 6) agitation, sans pouvoir rester assis. Chaque item est évalué de zéro (= pas du tout) à quatre (= extrêmement). Un score total élevé de tous les items indique un grand niveau d'anxiété. Les patients ont rempli cette échelle durant les premières 72 heures de leur hospitalisation.

Les résultats ont montré que cet instrument de mesure était un indicateur indépendant de complications durant l'hospitalisation. Tous les patients évalués avec un niveau d'anxiété élevé ont rencontré d'avantage de complications que les autres ($P=0.001$).

De plus, les résultats ont indiqué que les patients ayant une perception élevée de contrôle (*perceived control*) avaient un faible taux d'anxiété ($P<0.001$). Les patients ont réussi à remplir cette échelle très facilement sans avoir recours à des explications supplémentaires données par le personnel soignant et en mettant moins d'une minute pour la compléter.

Pour mesurer la fiabilité du *BSI*, les patients ont rempli, parallèlement, une deuxième échelle (*the spielberger state anxiety inventory*) contenant 20 items, et fréquemment utilisée pour l'évaluation de l'anxiété chez des personnes avec un problème cardiaque. Les deux instruments de mesure ont catégorisé tous les participants de la même manière, à l'exception d'un patient.

II. L'échelle visuelle analogique de la dépression (*A cardiac depression visual analogue scale*)

C'est une échelle visuelle analogique contenant six items : 1) le sommeil, 2) le plaisir, 3) l'irritation, 4) la mémoire, 5) l'optimisme, 6) le niveau d'activités. Les patients ont reçu un journal de bord contenant à l'intérieur 14 exemplaires de l'échelle visuelle analogique. Durant les deux premières semaines suivant leur syndrome coronarien aigu, les patients ont rempli chaque jour, à la même heure (en spécifiant à chaque fois la date et l'heure) une échelle du journal de bord en mettant une marque où ils pensaient se situer à ce moment Précis. Puis, à la fin des quinze jours, le journal de bord est renvoyé pour être analysé.

Les résultats montrent d'une part, que, cet instrument de mesure avec peu d'items est en forte corrélation avec deux autres instruments de mesure de la dépression contenant plus d'items et fréquemment utilisé pour une population avec des problèmes cardiaques : *The Cardiac Depression Scale* (26 items) et *the Beck Depression Inventories* (21 items) Ils montrent d'autre part que l'item « optimisme/futur » est un important indicateur pour distinguer les personnes ayant des symptômes dépressifs et ceux qui n'en ont pas.

6.2.2 LES INTERVENTIONS EN LIEN AVEC L'INFORMATION ET LES PERCEPTIONS

Quatre études retenues ont développé des interventions permettant soit d'évaluer le besoin d'information et de l'état des connaissances par le biais de questionnaires ou de dessins, soit de transmettre des informations au travers d'entretiens ou à l'aide de matériel audiovisuelle. Souvent, l'évaluation du besoin d'information ou de l'état des connaissances peut devenir un support pour la transmission des informations et l'éducation aux patients.

- I. Dans l'étude de Weibel, Schäfer et Imhof (2009), l'intervention a pour but, dans un premier temps, d'évaluer le besoin d'informations des patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu en soins intensifs. Durant les premières 24 heures de leur hospitalisation, les patients reçoivent une brochure contenant des explications sur les maladies cardiovasculaires. Ils ont ensuite une journée pour répondre à un questionnaire (*the Cardiac patients learning needs inventory*) mesurant les besoins de connaissances à l'aide de 37 questions évaluées de un (= pas important) à cinq (= très important) et touchant huit différents domaines : anatomie et physiologie, facteurs psychologiques, médicaments, régime alimentaire, activités physiques, symptômes, autres. Dans un deuxième temps, les patients ont un entretien d'environ 40 minutes avec un expert en soins, afin de recevoir des informations sur les questions ou thèmes qu'ils ont notés comme importants. Pour les réponses, des supports visuels ont été utilisés (livres, graphiques).

Les résultats montrent que les participants ont apprécié cette intervention et principalement le fait que du temps leur a été consacré. La majorité des patients ont été satisfaits des réponses données, les hommes s'étant cependant montrés un peu plus critiques que les femmes. Ils n'ont pas estimé que cette intervention avait constitué une charge supplémentaire, même lors de leur séjour en soins intensifs. L'intervention a contribué à donner aux patients une meilleure connaissance de leur maladie. Deux tiers des patients indiquent en effet que leur maladie est devenu plus compréhensible au fil de l'intervention. Les patients ont classé comme suit les thèmes pour lesquels le besoin d'informations est le plus important : 1) anatomie, physiologie, 2) gestion des symptômes, 3) facteurs de risques, 4) activités physiques, 5) autres, 6) régime alimentaire, 7) facteurs psychologiques, 8) infos sur les médicaments.

- II. Dans l'étude de Petrie, Cameron, Ellis, Buick et Weinman (2002), l'intervention a pour but de travailler sur les perceptions de la maladie. Dans un premier temps, les patients ont répondu à un questionnaire (*The illness perception questionnaire*) évaluant la représentation qu'ils peuvent avoir de la maladie, ce qui contribue à individualiser les sujets abordés. L'intervention s'est déroulée sur trois séances avec un psychologue. Durant la première séance, trois thèmes ont été abordés : la physiopathologie avec une brève explication à l'aide de support visuel permettant au patient de se faire une image plus précise de la maladie, les symptômes et les causes. Les connaissances des patients sur les causes de leur infarctus sont inventoriées et discutées dans le but d'en saisir un maximum possible afin de ne pas se focaliser sur l'une d'entre elles seulement (par exemple le stress). La deuxième séance se travaille sur les causes identifiées afin de mettre en place avec le patient, des plans d'actions pour tenter de diminuer les risques futurs et renforcer le contrôle perçu (*perceived control*) du patient sur sa maladie. En se basant sur les causes et les conséquences évaluées dans le questionnaire, un plan écrit en lien avec une thématique a été élaboré avec le patient (par exemple, *the self-management* ou les activités de la vie quotidienne). Durant la troisième séance, les patients apprennent à reconnaître les symptômes qui peuvent apparaître après un infarctus ou les symptômes qui sont des signes de récurrence. Au cours de cette séance sont également évoqués le thème du retour à domicile et des inquiétudes que ce retour peut engendrer.

Les résultats montrent que cette intervention a permis de modifier les représentations des patients dans un sens plus positif, au niveau de certaines composantes de la perception de la maladie (conséquences, durée, contrôle) et a contribué à améliorer la compréhension de leur état cardiaque. De plus, les patients se sentent mieux préparés à la sortie de l'hôpital et par conséquent, plus susceptibles ou plus disposés à participer à un programme de réadaptation.

- III. Dans l'intervention de Broadbent, Ellis, Gamble et Petrie (2006), l'objectif est d'examiner l'évolution des dessins réalisés par les patients qui doivent représenter le cœur en lien avec des facteurs psychosociaux. Avant leur sortie de l'hôpital, les patients reçoivent deux feuilles. Sur la première, ils doivent dessiner la représentation qu'ils se font de leur propre cœur avant l'infarctus du myocarde et sur la seconde la représentation de leur cœur après l'infarctus. Les patients doivent après trois et six mois redessiner comment ils perçoivent leur cœur.

Les résultats montrent que la moyenne de la taille des cœurs dessinés augmente depuis la sortie de l'hôpital (64,2 mm) après trois mois (66,7 mm) et après six mois (69,2 mm). Plus la taille des dessins est grande, plus le niveau d'anxiété est élevé, plus la reprise du travail se fait tardivement, plus l'inquiétude d'une récurrence est grande, plus la restriction des activités est importante, plus les personnes appellent leur médecin ou les centres médicaux et plus ils utilisent la médecine alternative. Par contre, l'augmentation de la taille des dessins n'est pas en lien avec l'état des connaissances de la maladie.

- IV. Dans l'étude de Steinke et Swan (2004), l'intervention a pour but de transmettre des informations, par le biais d'une vidéo de 15 minutes sur les principales inquiétudes liées aux effets de l'infarctus du myocarde sur la sexualité : impact sur des fonctions sexuelles, la communication avec le partenaire, les effets de certains médicaments sur les fonctions sexuelles, l'opportunité ou non de reprendre une activité sexuelle. Lors de leur sortie de l'hôpital, les participants reçoivent une vidéo qu'ils pourront visionner à leur gré à la maison, et qu'ils sont invités à regarder avec leur partenaire. Avec cette méthode, le patient peut donc avoir accès aux informations selon ses besoins. Les participants reçoivent également comme tous les autres patients, une petite brochure sur la thématique.

Les résultats montrent que la majorité des participants (87%) visionnent la vidéo lors du premier mois et notamment lors de la première semaine. La

plupart ne la regarde cependant qu'une seule fois. Tous les participants, à l'exception d'un seul, estiment que cette vidéo leur est utile, qu'elle donne des informations plus larges, qu'elle complète et renforce les informations déjà reçues. Certains participants apprécient la combinaison du matériel écrit et de la vidéo. Les personnes ayant reçu la vidéo (groupe expérimental) ont une meilleure connaissance de la thématique par rapport à ceux qui n'en ont pas bénéficié (groupe contrôle) ($P= 0.002$). Si cette intervention n'a pas eu d'effet sur la reprise de l'activité sexuelle, sur la qualité de vie et le taux d'anxiété, elle a par contre montré une augmentation de l'activité sexuelle chez le groupe expérimental, après trois et cinq mois.

6.2.3 LES INTERVENTIONS EN GROUPE

Deux études retenues concernent le développement et l'analyse des groupes de soutien. Cette forme d'intervention à l'avantage d'intégrer les conjoints dans le processus de la réadaptation.

Deux formes de groupes de soutien ont été utilisées :

- I. Dans l'étude de Bagheri, Memarian et Alhani (2007), le groupe de soutien se déroule en six à huit séances à intervalle de minimum trois jours. Chaque rencontre dure environ une heure. Les patients décrivent leurs difficultés ou leurs problèmes. Puis, par rapport à ces difficultés, certains thèmes sont discutés en groupe pour tenter de trouver ensemble les moyens de les résoudre. La personne responsable donne, si nécessaire, des informations supplémentaires sur certaines thématiques. Puis, les patients sont invités à tester pendant un mois les conseils reçus durant la séance.
- II. Dans l'étude de Stewart, Davidson, Meade, Hirth et Weld-Viscount (2001), le groupe de soutien est organisé sur une durée de 12 semaines, à raison d'une heure par semaine. Les participants sont divisés en cinq groupes d'environ six personnes maximum. Les thèmes abordés concernent les facteurs stressants communs vécus par les participants et leurs conjoints. Différentes techniques sont utilisées lors de ces rencontres, comme par exemple, les jeux de rôle, les

exercices de groupe, l'accueil d'intervenants externes qui développent diverses thématiques avec le groupe, notamment la gestion du stress, la communication, le choix et la préparation de la nourriture. Avant chaque rencontre, des études de cas sont proposées à chaque participant. Ces groupes sont conduits par des animateurs professionnels (infirmiers, travailleurs sociaux, psychologue) habitués à travailler avec des personnes souffrant de problèmes cardiaques ou par des pairs et des couples dont l'un des conjoints a souffert d'un infarctus du myocarde au minimum une année auparavant. Tous les animateurs ont eu droit, pour ce faire, à une journée de préparation.

Les résultats du premier groupe de soutien ont essentiellement trait à la question de l'augmentation ou non de la qualité de vie après une telle intervention. En effet, une différence significative du niveau de la qualité de vie ($P=0.001$), apparaît entre les personnes qui ont participé au groupe de soutien et celles qui ne l'ont pas intégré. Une différence significative est aussi présente dans les scores du questionnaire lié à la dimension psychologique, physique et sociale de la qualité de vie entre les deux groupes. Pour les personnes ayant suivi l'intervention, la moyenne du résultat mesurant la qualité de vie a passé de 76,4% à 94,8% après leur participation au groupe soutien ($P= 0,001$).

Les résultats du deuxième groupe de soutien montrent que la majorité des patients sont très satisfaits de cette intervention. Elle a contribué à l'amélioration de leur relation au sein du couple, à l'amélioration des stratégies d'adaptation et de la gestion de la maladie, à l'augmentation de leur confiance en eux. Ceux-ci ont aussi apprécié le fait qu'ils aient pu décider du contenu des rencontres et que les animateurs soient présents pour lancer et cadrer les discussions. L'intervention a donc favorisé le développement de deux processus qui se sont révélés être bénéfiques pour la majorité des participants, à savoir :

I. La comparaison sociale

Les participants ont pu comparer tout au long de l'intervention, leurs stratégies d'adaptation, leurs manières de faire face aux professionnels de la santé, leurs

changements face aux facteurs de risques, les modifications de leurs émotions. Pouvoir ainsi se comparer est vécu comme un bon moyen une manière de se rassurer, de normaliser et de valider leurs sentiments. Au contraire, le manque de comparaison sociale possible, causé notamment par l'âge ou le niveau de responsabilités, dans certains groupes, a entravé les discussions.

II. Les échanges et l'apprentissage social

Les échanges au travers des discussions ont favorisé le partage d'informations et de conseils, entre les animateurs et les participants. Au travers de ces échanges, les personnes ont pu verbaliser leurs inquiétudes et un fort sentiment de réciprocité et d'égalité s'est créé entre les membres du groupe. En partageant des situations vécues, les participants ont eu l'opportunité d'apprendre d'avantage sur eux-mêmes et sur leurs propres comportements.

Trois sources de soutien social présentes durant l'intervention ressortent de cette recherche : le soutien informationnel au travers d'explications sur la maladie ou à l'aide de fiches, le soutien par le *feedback* positif et le soutien émotionnel (e l'écoute, partage, réconfort, l'empathie, et témoignages des pairs).

6.2.4 LES INTERVENTIONS PAR TÉLÉPHONE

Deux études retenues ont développé un suivi post-hospitalier par téléphone. La première rencontre a lieu à l'hôpital, les contacts suivants se font par téléphone.

Chaque type d'interventions téléphoniques poursuit un but différent.

- I. Dans l'étude d'Oranta, Luutonen, Salokangas, Vahlberg et Leino-Kilpi (2010), le but est de diminuer les symptômes dépressifs après un infarctus du myocarde. Pour cette raison, une intervention de courte durée (maximum six séance) « *the interpersonal counseling* » a été développée. Même si elle se base sur la thérapie interpersonnelle utilisée pour des personnes ayant des troubles psychiatriques, cette intervention est destinée à des patients en détresse développant des symptômes importants de stress mais qui n'ont aucun trouble psychiatrique. Cette intervention se déroule en trois étapes, menée par le

personnel infirmier en psychiatrie au bénéfice d'un jour de formation sur *the interpersonal counseling*. La première étape débute par une rencontre à l'hôpital qui permet une prise de contact et une évaluation du contexte, de la maladie, des symptômes. La seconde étape se déroule par téléphone et aborde certaines thématiques (le chagrin, la transition des rôles) et certaines stratégies d'adaptation. La troisième étape, toujours par téléphone, encourage le patient à consolider les stratégies mises en place et à identifier les symptômes dépressifs qui pourront survenir dans le futur. Cette intervention se centre essentiellement sur le fonctionnement psychosocial actuel du patient, sur la transition des rôles que peut rencontrer la personne et sur les changements de ses habitudes de vie.

- II. Dans l'étude faite par Cossette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau et Guertin (2012), le but est de favoriser la participation à un programme de réadaptation au travers d'une intervention infirmière. Cette intervention consiste en trois entretiens. Le premier consiste en une rencontre à l'hôpital où différents thèmes sont abordés tels que la gestion des symptômes, la compréhension de la maladie, l'activité physique, les préoccupations et inquiétudes. Le deuxième entretien se fait par téléphone trois jours après la sortie de l'hôpital. Les thèmes discutés se rapportent à la condition clinique du patient, à la capacité de gérer la maladie, aux inquiétudes. Le troisième entretien, dix jours après la fin de l'hospitalisation, peut se faire soit sous forme d'un entretien téléphonique, soit sous forme d'une rencontre à l'hôpital. Les thématiques abordées sont les facteurs de risques, les modifications des habitudes de vie et la réadaptation cardiaque. Le sujet de la réadaptation cardiaque n'est abordé que dans le dernier entretien car la plupart des préoccupations relatives au retour à domicile ont pu être réduites, le patient étant ainsi plus apte et plus disponible à considérer l'idée d'une participation à un programme de réadaptation. Un membre de la famille est convié, s'il le désire, à participer aux entretiens.

Les résultats de la première intervention par téléphone montrent que les symptômes dépressifs chez les personnes qui ont participé à l'intervention (groupe expérimental) sont en diminution après six mois ($P= 0.014$) et après 18 mois ($P= 0.001$), que se soit au niveau des symptômes dépressifs légers ou des symptômes dépressifs modérés à sévères. Le taux de personnes présentant des symptômes dépressifs a passé de 37,3% lors de l'hospitalisation, à 20,4% après six mois et 16,7% après 18 mois. On remarque aussi qu'après 18 mois, aucun patients ne souffre de dépression modérée ou sévère. Par contre, dans le cas des personnes n'ayant pas participé à l'intervention (groupe contrôle), le taux d'individus avec des symptômes dépressifs fluctue de 34,7% durant l'hospitalisation à 39,6% après six mois avec une augmentation des symptômes dépressifs modérés à sévères. Ce taux passe à 36,% après 18 mois avec une diminution des symptômes dépressifs modérés à sévères, mais avec une augmentation des symptômes dépressifs légers. En ce qui concerne la détresse des patients, une diminution de celle-ci est perceptible seulement au terme de 18 mois dans le groupe expérimental ($P= 0.015$). À part cela, aucune différence significative ne peut être constatée entre les deux groupes.

Les résultats de la deuxième intervention téléphonique montrent essentiellement une augmentation du taux d'inscriptions à un programme de réadaptation (45% pour les personnes ayant eu l'intervention (groupe expérimental) et 24% pour les personnes n'ayant pas participé à l'intervention (groupe contrôle). Par contre, cette intervention n'a pas d'effet sur le soutien familial, le niveau d'anxiété, les facteurs de risque et la perception de la maladie. Une légère différence est visible entre le groupe expérimental et le groupe contrôle au niveau du contrôle perçu (*perceived control*) mais avec une faible importance clinique.

7 DISCUSSIONS

7.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, sont discutés les différents résultats ressortant de cette revue de littérature.

Certaines difficultés ont été rencontrées pour trouver des recherches sur des interventions concrètes relatives aux troubles psychosociaux incluant tous les critères d'inclusion et d'exclusion. La majorité des études retenues ont un devis quantitatif car cette revue porte sur une étude visant à étudier les interventions psychosociales sur un échantillon de patients ayant subi un infarctus du myocarde. Deux études constituent des projets pilotes et contiennent un devis mixte, leur but étant de considérer tous les facteurs en lien avec l'intervention. Les études sélectionnées ont toutes été réalisées entre 2001 et 2012. Elles sont donc relativement récentes et permettent ainsi de développer une analyse de méthodes d'interventions actuelles. Le fait que ces études proviennent toutes de différents pays permet aussi de se rendre compte de ce qui se fait ailleurs et d'élargir les possibilités d'interventions déjà mises en place dans notre propre pays. Dans neuf recherches retenues, les aspects éthiques ont été entièrement ou partiellement validés par le consentement d'un comité d'éthique et/ou par un consentement éclairé des patients. Par contre, une étude retenue (Bagheri, Memarian. & Alhani, 2007) ne mentionne aucune donnée éthique. Sa méthode d'intervention se révélant intéressante, elle a tout de même été intégrée à ce travail bien qu'elle doit être considérée avec une certaine réserve.

La catégorisation des résultats a mis en évidence quatre groupes de méthodes d'interventions qui permettent, chacune à leur manière, la prise en charge des patients, afin de prévenir ou de diminuer certaines répercussions psychosociales liées à l'infarctus. Les différentes interventions trouvées concernent la prévention secondaire ou parfois même tertiaire. De plus, selon les sous-groupes décrits par Bourdillon (s.d.), elles sont ciblées sur une population à risque (prévention orientée) ou parfois s'adressent aux malades (prévention ciblée).

La première catégorie comprenant les interventions évaluatives, rassemble deux échelles, the *Brief symptom inventory*, pour l'évaluation de l'anxiété (Abu Ruz, Lennie, Riegel, McKinley, Doering & Moser, 2010) et l'échelle visuelle analogique de la dépression (Di Benedetto, Lindner, Hareb & Kent, 2005) pour l'évaluation de symptômes dépressifs. Ces deux échelles, constituées de six items, ont prouvé leur fiabilité et leur validité, en permettant une évaluation simple et rapide de l'anxiété et de la dépression durant l'hospitalisation. De plus, l'échelle *the brief symptom inventory* permet d'indiquer quels sont les patients soumis à un risque de complication intra-hospitalier. Un score élevé signale une possible augmentation des complications (Abu Ruz et al., 2010). L'utilisation d'instruments formels permet d'avoir une base, autre que la seule appréciation du personnel soignant, pour mettre en place des interventions appropriées (Ziegelstein et al., 2005 ; Abu Ruz et al., *ibid.*).

L'évaluation plus régulière de l'anxiété et de la dépression pourrait constituer un moyen de prévenir la non-compliance du patient aux modifications des facteurs de risque, ainsi que la diminution de la qualité de vie (Ziegelstein et al., *ibid.* ; Newmann, 2004), donc, du bien-être psychique, physique et social (Lubkin, 2002). Le débat est ouvert sur le meilleur moment pour évaluer la dépression. Certains auteurs pensent que l'évaluation durant l'hospitalisation n'est pas optimale, car les patients ne sont souvent pas encore stables physiquement (Appels et al., 2005 ; Kimura, Abe, Shizuka, 2002 cité par Denollet, Martens, Smith & Burg, 2010). D'autres pensent, que la dépression, durant l'hospitalisation, est un indicateur de la mortalité (Grace, Abbey, Kapral, Nolan & Stewart, 2005 cité par Denollet et al., *ibid.*) et qu'il est donc important de pouvoir l'évaluer à l'hôpital et un mois après la survenue de l'infarctus (Poston, Haddock, Conard, Jones & Spertus, 2003 ; Parashar, Rumsfeld, Spertus, Reid, Wenger, Krumholz, 2006, cité par Denollet et al., *ibid.*).

L'utilisation d'instruments de mesure pourrait permettre non seulement de procéder à une évaluation plus objective, mais encore de constituer un moyen adéquat d'aborder avec les patients les thèmes de l'anxiété, des inquiétudes et de la dépression. Lorsque des symptômes d'anxiété ou de dépression deviennent plus marqués, d'autres échelles plus développées pourraient être utilisées telles par exemple, *the Spielberger*

State Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventories, the Cardiac Depression Scale, the Hospital Anxiety and Depression scale...). Il conviendrait que l'évaluation de l'anxiété et de la dépression intervienne durant toutes les phases de la réadaptation.

Dans la deuxième catégorie des résultats, les interventions décrites sont en lien avec l'information et l'état des connaissances des patients.

Dans l'étude de Weibel, Schäfer & Imhof (2009), l'intervention se déroule durant les premières 24 heures de l'hospitalisation en soins intensifs. Le besoin d'informations a été évalué à l'aide d'un questionnaire. La transmission des informations s'est ensuite réalisée sous forme d'entretiens. Le questionnaire a permis de cibler les questions importantes pour le patient et le sensibiliser à des thématiques qu'il n'aurait pu aborder seul. La notion du temps constitue un point important de la réussite de cette intervention. En effet, les patients ont apprécié le fait d'avoir disposé, tout au long de la journée, de suffisamment de temps pour répondre aux questionnaires ainsi que la disponibilité des intervenants. Cette intervention a donc permis aux patients de mieux connaître leur maladie. D'autres études ont montré que l'information participe à la réduction du sentiment d'anxiété et améliore sensiblement les stratégies d'adaptation (Boore, 1978 ; Raleigh, Lepczyc et Rowley, 1990, cité par Turton, 1998). A la fin de l'intervention, les patients se sont dits prêts à répondre une nouvelle fois au questionnaire si nécessaire. Cette intervention pourrait être donc pérennisée dans un autre *setting* et durant une autre phase de la réadaptation. Durant l'hospitalisation, les trois principaux besoins d'informations ressortant du questionnaire sont plutôt liés à la physiopathologie du cœur, la gestion des symptômes et les facteurs de risque. Ces besoins varient considérablement au cours des différentes phases de la réadaptation (Chan, 1990 ; Jensen & Petersson, 2003, cité par Smith et Liles, 2007, p.668). Les patients rencontrent parfois des difficultés à comprendre et retenir les informations transmises durant l'hospitalisation (Gaston, 2003, cité par Smith et Liles, *ibid*, p.668).

D'autres moyens permettent la transmission des informations. Dans l'étude de Steinke & Swan (2004), par exemple, une vidéo est utilisée pour aborder le thème de la sexualité. Il s'avère que cette intervention a permis le renforcement des

connaissances au fil du temps. La consultation de la vidéo, selon les besoins, constitue pour la patient un avantage certain, car il peut parfois devoir faire face à d'autres inquiétudes durant son hospitalisation (comme mentionné dans l'étude de Weibel, Schäfer et Imhof, 2009) et ne pas ressentir le besoin de recevoir cette information à ce moment précis (Steinke, 2000). La thématique de la sexualité est importante car elle influe aussi sur la qualité de vie du patient et du conjoint-e et peut constituer dès lors une source importante d'anxiété. La vidéo permet également de s'assurer, dans la mesure du possible, que le patient reçoit quand même de l'information sur la sexualité. Il se peut, en effet, que les soignants ne sachent pas comment aborder cette problématique ou ressentent un sentiment de gêne à ce propos. La vidéo pourrait être également utilisée dans un autre *setting*, à l'hôpital ou dans un programme de réadaptation. Elle permet aussi au partenaire d'avoir accès à une information au niveau de ce thème.

Les deux dernières interventions de cette catégorie permettent d'évaluer l'état des connaissances du patient ainsi que de ses représentations cognitives de la maladie. La première intervention de Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman (2002) travaille sur les représentations avec un questionnaire puis avec des entretiens. Ayant constaté, au travers du modèle de l'autorégulation, de l'importance que joue les représentations sur la manière dont les informations seront assimilées. Cette intervention rapide (trois entretiens) menée durant l'hospitalisation permet de rectifier les fausses croyances. De plus, immédiatement après un événement grave, les personnes sont plus sensibles aux changements (Weinstein, 1989 ; cité par Petrie et al., *ibid.*). Cette intervention a permis de modifier les représentations de la maladie dans le sens d'une meilleure perception de contrôle, d'une meilleure compréhension de la maladie, d'une meilleure préparation à la sortie de l'hôpital et d'une reprise du travail plus rapide. Une seconde intervention évalue l'état des connaissances par le dessin (Broadbent, Ellis, Gamble & Petrie, 2006). Dans cette étude, l'attention a été mise sur la taille des dessins, le constat étant que plus le patient se focalise sur son cœur et plus la taille des dessins augmente (Craddick, 1961, Thomas, Chaigne & Fox, 1989, cité par Broadbent et al., *ibid.*). Cette augmentation de la taille des dessins peut aussi être le signe de l'anxiété, d'une augmentation des inquiétudes sur une possible récurrence et d'une reprise tardive

du travail. Le dessin est utile pour vérifier le niveau de compréhension par les patients de leur état cardiaque et peut aider à rectifier les éventuelles incompréhensions. Cette méthode permet aussi d'évaluer l'évolution de leur représentation au fil des dessins. Elle permet d'illustrer les idées de manière plus concrète que les mots et de mieux imaginer ce que veut signifier le patient. Elle aide ainsi à se rendre mieux compte des préoccupations et du niveau d'anxiété du patient. Différentes consignes peuvent être données aux patients. Dans une précédente recherche, les patients devaient illustrer par le dessin, ce qu'ils pensaient être arrivés à leur cœur. Ces dessins ont permis d'identifier les représentations négatives de la maladie avant que les patients ne quittent l'hôpital et de constituer un point de départ pour la transmission d'informations et l'éducation aux patients (Broadbent, Petrie, Ellis, Ying & Gamble, 2004).

La troisième catégorie, les interventions en groupe, est composée de deux groupes de soutien décrit par Stewart, Davidson, Meade, Hirth et Weld-Viscount (2001) et Bagheri, Memarian et Alhani (2007). Ces groupes réunissent les patients et les soignants mais aussi parfois le ou la partenaire et des pairs, qui peuvent venir ainsi témoigner de leur expérience liée à l'infarctus du myocarde. Ces groupes de soutien contribuent à diminuer le sentiment d'isolation sociale (Barrera, 1991, cité par Stewart et al., *ibid*). Les patients reconnaissent en effet se sentir moins seuls en participant à cette intervention. Les groupes de soutien contribuent à l'augmentation de la confiance en soi et à une amélioration des stratégies d'adaptation. Ils exercent un effet positif sur la relation de couple en favorisant notamment le dialogue et contribuent à l'augmentation de la qualité de vie pour le patient mais aussi pour sa famille. Ces interventions sont l'occasion pour les patients de s'exprimer librement. Elles favorisent la comparaison sociale, moyen de se rassurer et de normaliser ses sentiments et ses réactions, ainsi que l'échange social qui favorise le partage d'informations et de conseils entre les membres du groupe. C'est aussi un excellent moyen d'intégrer les partenaires et de leur laisser un temps de parole. Cette intervention pourrait être menée à différents moments de la réadaptation, entre les phases I à III.

La dernière catégorie regroupe des interventions qui se déroulent par téléphone. Les buts de ses contacts téléphoniques peuvent être différents dans chaque intervention

L'objectif de l'étude d'Oranta, Luutonen, Salokangas, Vahlberg et Leino-Kilpi (2010) est de diminuer les symptômes dépressifs à l'aide d'une brève intervention *the interpersonal counseling*. En agissant sur les relations interpersonnelles de la vie quotidienne, il est possible de réduire les symptômes dépressifs (Oranta et al., 2012). Cette intervention a obtenu des résultats encourageants au niveau de la dépression. Elle montre aussi, que les patients parlent assez ouvertement de leurs sentiments dépressifs. Elle permet notamment d'instaurer des soins psychiatriques en somatique, contribuant ainsi à une prise en charge plus globale du patient. Le processus d'apprentissage de cette intervention est simple et nécessite peu de formation. Il pourrait donc être conduit non seulement par des infirmières psychiatriques mais par des soignants d'autres services élargissant ainsi leur champ d'action.

Dans l'étude de Cossette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau, Guertin (2012), l'objectif de l'intervention vise l'augmentation des inscriptions dans un programme de réadaptation. Ce but est atteint après l'intervention téléphonique du personnel infirmier. Cette intervention a aussi permis d'aborder les inquiétudes des patients dans les quelques jours qui suivent le retour à domicile. La réadaptation offre ainsi un cadre aux patients qui peut les aider à s'adapter après un infarctus du myocarde au lieu de se retrouver seul avec leur maladie. Comme le mentionne le Groupe Suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire (s.d.), la réadaptation montre de nombreux bénéfices notamment au niveau de certains facteurs psychosociaux (reprise du travail, qualité de vie, limitations des répercussions psychologiques).

L'intervention par téléphone a déjà été utilisée dans plusieurs études. Elle est considérée comme une méthode permettant la transmission d'informations, l'éducation aux patients après la sortie de l'hôpital (McBride & rimer, 1999 ; Car & Sheikh, 2003 cité par Hansen, Nordrehaug, Eide & Hanestad, 2009), la gestion des besoins en soins des patients et la promotion des résultats positifs sur la santé (Bertagnoli, 2000 ; Kinsella, 1998 , cité par Shearer, Cisar, Greenberg, 2007).

7.2 LIMITATIONS

Ce travail présente certaines limites. Cette revue de littérature est en effet ma première expérience dans le domaine dans la recherche infirmière. Toutes les données ne sont pas encore maîtrisées mais les règles de méthodologie et de structure ont été respectées le mieux possible. De plus, étant donné que la quasi totalité des études sont de langue anglaise, certaines subtilités n'ont certainement pas pu toutes être saisies. Une seule recherche étant réalisée en Suisse, cela m'a contraint d'aborder la thématique de manière générale. Les interventions retenues ne sont pas seulement menées par des infirmières mais parfois par des psychologues, ou par les auteurs des recherches. Ce point permet aussi de mettre en évidence l'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge d'un patient après un infarctus. Il reste à mentionner que le petit nombre d'articles retenus ne permet peut-être pas d'avoir une vision globale suffisante de toutes les interventions existantes.

8 CONCLUSION

Cette revue de littérature étoffée a permis, dans un premier temps, de prendre conscience des différentes répercussions suite à un infarctus du myocarde et de l'importance des représentations de la maladie dans le processus de rétablissement. Ces données sont en effet primordiales, car elles influencent et déterminent directement la manière de prendre en charge les patients et de mettre en place des interventions adéquates.

Dans un deuxième temps, l'analyse de dix recherches a permis de mettre en évidence quatre types d'interventions : les interventions évaluatives menées par des échelles, les interventions en lien avec les informations et l'état des connaissances menées par le biais de questionnaires, d'entretiens, de vidéos et de dessins, les interventions en groupe, dans le cadre de groupes de soutien et les entretiens par téléphone utilisant, entre autre, la méthode *the interpersonal intervention*. Ces interventions ont démontré des effets positifs sur certains facteurs psychosociaux, sur les connaissances de la maladie et ses représentations cognitives ainsi que sur la reconnaissance et l'acceptation des programmes de réadaptation.

Les interventions inventoriées dans la revue ont permis de retenir des idées intéressantes au niveau de la prise en charge des patients victimes d'un infarctus du myocarde et posent des questions sur ce qui serait possible de faire ou de développer en Suisse. Des études supplémentaires seraient sans doute nécessaires pour évaluer le rôle propre joué par l'infirmier-ère dans chaque intervention et examiner la manière de mettre en place les diverses interventions durant ou entre les différentes phases de la réadaptation. Il est aussi important que certaines interventions, comme l'évaluation de l'anxiété ou de la dépression ou l'évaluation des besoins d'information, puissent se poursuivre durant les différentes phases de réadaptation afin d'assurer le suivi de ces données essentielles pour le rétablissement du patient.

9 BIBLIOGRAPHIE

9.1 OUVRAGES

- Atkinson, R.C., Aktinson, R.L., Hilgad E,R. & Smith, E.E., (1987). *Introduction à la psychologie*. Québec : Etudes vivante
- Bonino, S. (2008). *Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie*. Bruxelles : De Boeck.
- Brunner & Suddarth. (1994). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie, appareil cardiovasculaire et fonction hématologique*. Canada : de Boeck université
- Kaluza, G., (2004). *Stressbewältigung, Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin : Springer
- Larousse (2008). *Dictionnaire, le petit larousse illustrée*.
- Larsen, P. & Lubkin, I. (2009). *Chronic Illness, impact and intervention*. Etats-Unis: Jones and Barlette
- Loiselle, C. & Profetto-McGrath, J. (2007) *Méthodes de recherche en science infirmières*. Canada : Renouveau Pédagogique
- Lubkin, I. (2002). *Chronisch Kanksein*. Bern: Verlag Hans Huber
- Marieb, E.N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Paris : Pearson
- Menche, N. (2007). *Anatomie, physiologie, biologie*. Paris : Maloine
- Ogden J. (2004). *Health psychology*. Bruxelles: De Boeck
- Roche, N. & Similowska, T. (2007). *Qualité de vie et BPCO*. Paris : John Libbey

9.2 ETUDES OU ARTICLES

- Abu Ruz, M., Lennie, T., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. & Moser, D. (2010). *Evidence that the brief symptom inventory can be used to measure anxiety quickly and reliably in patients hospitalized for acute myocardial infarction*. Journal of cardiovascular nursing, 25, 117-123.
- Archinard, M., Sekera, E. & Stalder, H.(2004). *L'état dépressif*. PrimaryCare, 14,282-286
- Bagheri, H., Memarian, R. & Alhani, F. (2007). *Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients : determined by an analysis of quality of life*. Journal of Clinical Nursing, 16, 402-406.
- Broadbent, E., Ellis, C., Gamble, G. & Petrie, K. (2006). *Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction*. Psychosomatic Medicine, 68, 910–913
- Cherrington, C.C, Moser, D.K., Lennie, T.A.& Kennedy, C.W. (2004). *Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery*. American journal of critical care
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., Dupuis, J., Juneau, M. & Guertin, M.C. (2012). *Randomized Controlled Trial of Tailored Nursing Interventions to Improve Cardiac Rehabilitation Enrollment*. Nursing Research, 61, 111-120
- Di Benedetto, M., Lindner, H. , Hareb, D. & Kent, S. (2005). *A Cardiac Depression Visual Analogue Scale for the brief and rapid assessment of depression following acute coronary syndromes*. Journal of Psychosomatic Research, 59, 223– 229
- Echols, M. & O'Connor, C. (2010). *Depression after myocardial infarction*. Current Heart Failure Report, 7, 185-193.
- Erikson, M., Asplund, K., Suedlund, M.(2010). *Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction*. Journal of clinical nursing, 19, 3485-3493.
- Frazier, S., Moser, D., O'Brien, J., Garvin, B., An, K. & Macko, M. (2002). *Management of anxiety after acute myocardial infarction*. Heart & Lung, 31, 411-420.

- Gould, K.A. (2011). A randomized controlled trial of a discharge nursing intervention to promote self-regulation of care for early discharge interventional cardiology patients. *Dimensions critical Care Nursing*, 30, 117-125
- Guck, T.P., Kavan, M.G., Elsasser, G.N., Barone, E.J. (2001). *Assessment and treatment of depression following myocardial infarction* *American Family Physician*, 64, 641-648.
- Hansen, T.A., Nordrehaug, J.E., Eide, G.E. & Hanestad, B.R. (2009). *Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life: a randomised controlled trial*. *Journal of clinical nursing*, 18, 1334-1345.
- Huffman, J.C., Smith, F.A., Quinn, D.K., Fricchione, G.L.(2006). *Post-myocardial Infarction psychiatric syndromes: six unanswered questions*. *Harvard Review Psychiatry*, 305-318.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.
PLoS Med 6(6): e1000097 doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Newman, S. (2004). *Engaging patients in managing their cardiovascular health*. *Heart*, 90, 9-13
- Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2010). *The outcomes of interpersonal counselling on depressive symptom and distress after myocardial infarction*. *Nord Journal psychiatry* , 64, 78-86
- Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R.K., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2012). Depression-focused interpersonal counseling and the use of healthcare services after myocardial infarction. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 47-55
- Petrie, K., Cameron, L., Ellis, C., Buick, D. & Weinman, J. (2002). *Changing illness perception after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial*. In *Psychosomatic Medicine* 64, 580-586
- Shearer, N., Cisar, N., Greenberg, E.A (2007) A telephon-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart et Lung*, 36, 159-169
- Smith & Liles (2007). *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study*. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671

- Stafford, L., Berk, M. & Jackson, H.J. (2009). *Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?* Journal of Psychosomatic Research, 66, 211-220
- Steinke, E.E. (2000). *Sexual counselling after myocardial infarction*. American Journal of Nursing, 100, 38-44
- Steinke, E. & Swan, J. (2004). *Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction*. Research in Nursing & Health, 27, 269-280
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. & Weld-Viscount, P. (2001). *Group support for couples coping with a cardiac condition*. Journal of Advanced Nursing, 33, 190-199.
- Testuz, A. (2009). *Dépression et infarctus*. Revue médicale Suisse, 5, 515-519
- Timmins & Kaliszer (2003). *Information needs of myocardial infarction patients*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2, 57-65
- Turton, J. (1998). *Importance of information following myocardial infarction : a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff*. Journal of Advanced Nursing, 27, 770-778
- Ward, S.E., Heidrich, S.M. & Donovan, H.S. (2007). *An update on the representational approach to patient education*. Journal nursing sholarsh, 39, 259-265
- Weibel, L., Schäfer, U. & Imhof, R. (2009). *Needs-oriented education for patients with acute coronary syndrome* («Individualisierte Schulung und Beratung auf der Intensivpflegestation bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Ein Pilotprojekt zur Forschungsanwendung»). Pflege, 22, 165–171
- Ziegelstein, R.C., Kim, S.Y, Kao, D., Fauerbach, J.A., Thombs, B.D., McCann, U., Colburn, J. & Bush, D.E.(2005). *Can Doctors and nurses recognize Depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening?* Psychosomatic Medicine, 67, 393-397.

9.3 DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES

- Auquier, P. & Iordanova, T. (2004). *Qualité de vie et santé*. [Page WEB]. Accès :
http://www.tethys-univ.org/pdf/professeur_auquier.pdf
- Bassand, J.P. & Schiele, F. (2005). *Infarctus du myocarde : Centre hospitalier universitaire Besançon*. [Page WEB].
Accès :
<http://www.besancon-cardio.org/cours/12-infarctusmyocarde.php>
- Bourdillon, F. (s.d). *La prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé - Les principes : Faculté de Médecine Pierre&Marie Curie*. [Page WEB].
Accès:
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.1.html>
- Centre de conseil psychologique de l'université de Genève. (2010). *Dépression, manifestation état dépressif*. [Page WEB].
Accès :
<http://www.unige.ch/dase/conseilpsychologique/Problematisques/Depression.html>
- Fondation Suisse de Cardiologie (s.d). *Réadaptation après une affection cardiaque*. [Page WEB].
Accès :
<http://www.swissheart.ch/index.php?id=203&L=1>
- Groupe Suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire (GSRC). (s.d.). *Réadaptation et prévention cardiovasculaire secondaire structurée*. [Page WEB].
Accès :
http://www.sakr.ch/public/richtlinien/aspekte_francais.asp?l=fr
- Iliou, M.C. (2005). *Réadaptation cardiaque chez le coronarien*. [Page WEB].
Accès :
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/dusmedecinedusport/cardiosport/reeducationcoronarien2005/reeducationcoronarien2005.pdf>
- Joly, F. (2009). *Peut-on mesurer la qualité de vie* [Page WEB].
Accès :
<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1189780204544&LANGUE=0>

- Office Fédéral de la Statistique (OFS), (2009). *Santé, cause de décès en 2009*, communiqué de presse. [Page WEB].
Accès :
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/press.html?pressID=7636>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011). *Maladies cardiovasculaires*. [PageWEB].
Accès :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/index.html>
- Pitts, M. & Phillips, K. (1998). *The psychology of health*. [Page WEB].
Accès :
<http://www.scribd.com/doc/53206435/9/Figure-1-2-Leventhal%E2%80%99s-self-regulatory-model-of-illness-behaviour>
- PubMed (2012) *U.S. National Library of Medicine. National Institutes of Health*. [Page WEB].
Accès :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Psycinfo (2012) *American Psychological Association* [Page WEB].
Accès:
<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>
- Servant, D. (2007). *Historique et concepts du stress et de l'anxiété*. [Page WEB].
Accès :
http://www.anxiete-depression.org/files/congre/01-Historique_concepts_stress_anxiete-011009.pdf
- Singh, R. (2011). *Psychological Model of Illness*. [Page WEB].
Accès:
<http://www.c-s-p.org/flyers/978-1-4438-2981-6-sample.pdf>
- Vidalrecos (2012). *Syndrome coronarien aigu ST+ (infarctus du myocarde, recommandation thérapeutique)*. [Page WEB].
Accès :
http://www.vidalrecos.fr/pages/index.php?url=login&idfiche=1505&titre=Syndrome_coronarien_aigu_ST%2B_infarctus_du_myocarde

9.4 DOCUMENTS DE COURS

- Eicher, M. (2011). *Qualité de vie en oncologie* [Polycopié] Module 7. Fribourg : Haute Ecole de Santé
- Giller, N. (2011). *Infarctus du myocarde*. [Polycopié] Module 8. Fribourg : Haute Ecole de Santé
- Quinodoz, M.N. (2010). *Promotion de la santé et prévention*. [Polycopié] Module 13. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Quinodoz, M.N. (2010). *Faisabilité du projet de prévention*. [Polycopié] Module 13. Fribourg : Haute Ecole de Santé
- Roberge, M. A., 2007, *Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique après un infarctus du myocarde*. Thèse Doctorat en psychologie, Université de Montréal.

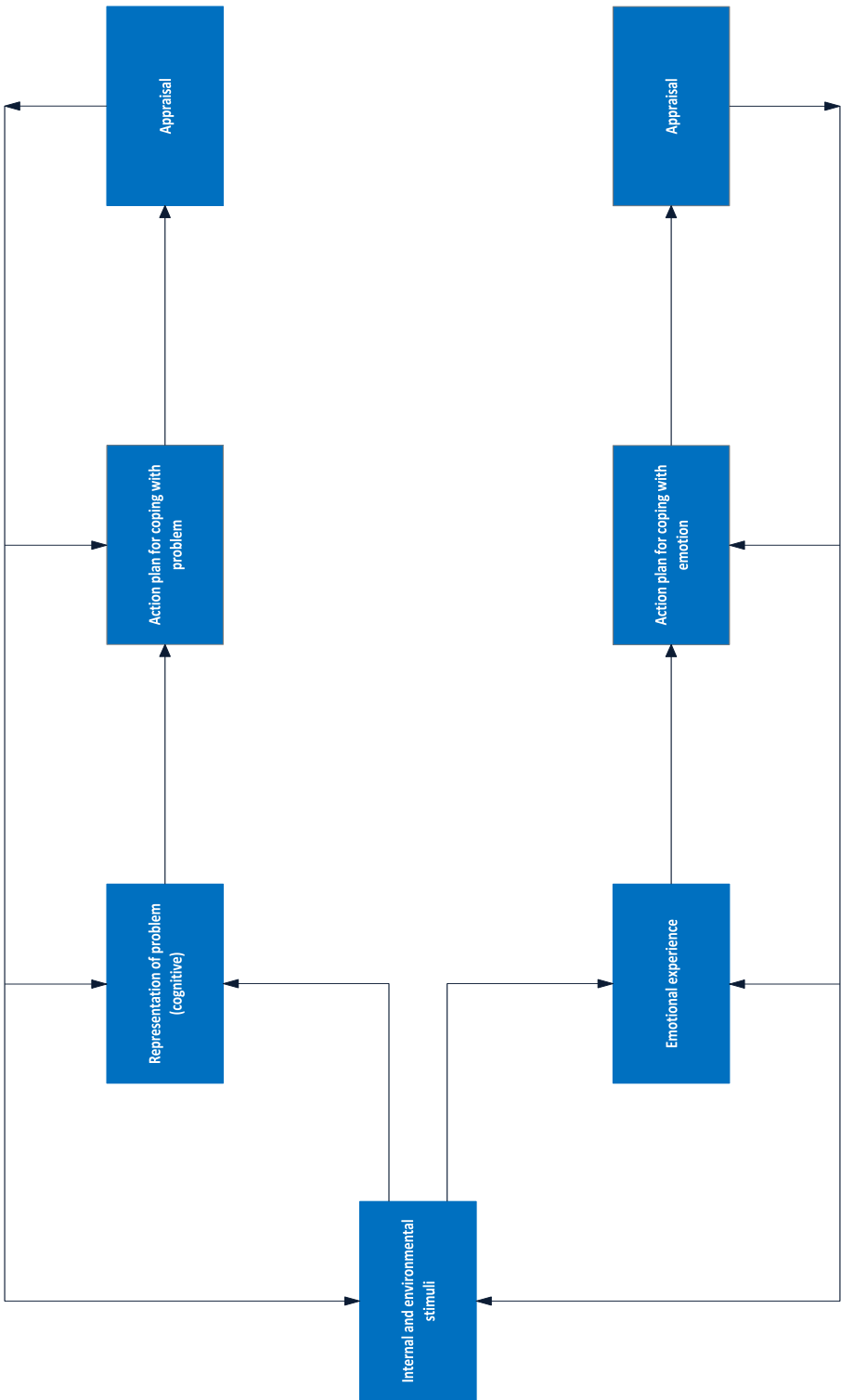
10 ANNEXES

10.1 ANNEXE I : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ

« Je déclare avoir réalisé ce travail de bachelor moi-même, sans l'aide d'une tierce personne et selon les règles et les normes édictées par l'école. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées. »

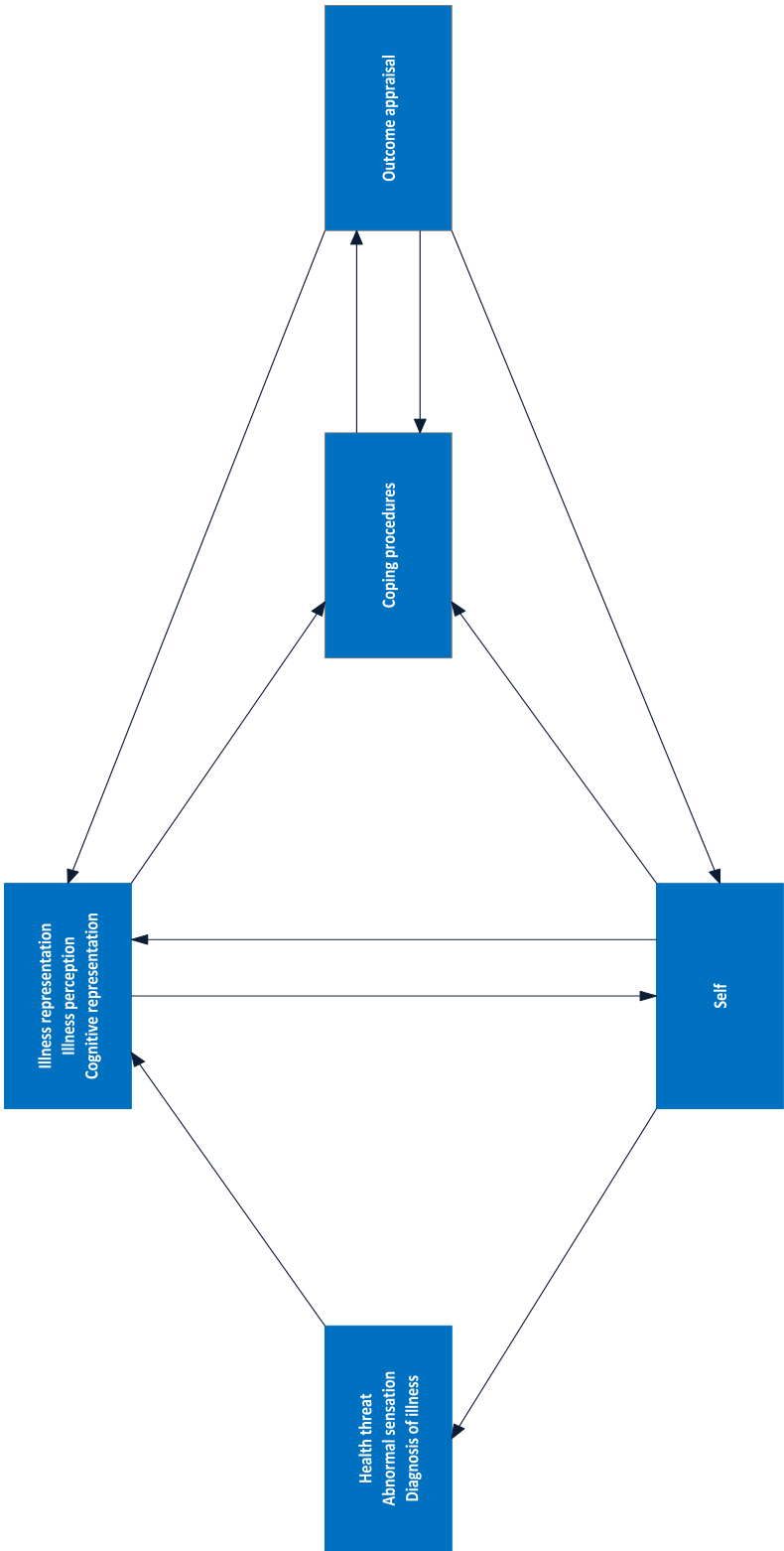
Justine Bouille

10.2 ANNEXE II : SCHÉMA PROCESSUS COGNITIFS ET ÉMOTIONS



Sources : Walter, F.M & Emery, J. (2006) perceptions of family history across common diseases. Family practice, 23, 472-480.

10.3 ANNEXE III : SCHÉMA MODÈLE D'AUTORÉGULATION



Sources : Leventhal, Hudson & Robitaille (1997), cité par Cherrington, Moser, Lennie & Kennedy (2004)

10.4 ANNEXE IV : GRILLES D'ANALYSE DES RECHERCHES RETENUES

Titre	Effectiveness of a Videotape for Sexual Counseling after Myocardial Infarction
Auteur	Steinke, E.E. & Swan, J.H.
Année / source	Research in Nursing & Health, 2004, 27, 269-280
Résumé	sex counselling, sexual activity, myocardial infarction, videotapes
Introduction	
Enoncé du problème/ but	Le but de cette étude était de tester l'effet d'un programme d'intervention sur les connaissances, l'anxiété, la qualité de vie, le retour à une activité sexuelle et la satisfaction sexuelle des patients durant la période qui suit un infarctus du myocarde.
Recension des écrits	<p>Plus de 7,5 millions de personnes aux Etats-Unis ont été touché par un infarctus du myocarde (American Heart Association, 2002). Le rétablissement après un infarctus du myocarde inclut une adaptation à un changement au niveau physique et au niveau des réponses psychosociales telles que l'anxiété et la dépression. Les patients sont anxieux de reprendre leurs activités habituelles après un infarctus comme, par exemple, la reprise de l'activité sexuelle. Leur principale peur est que l'activité sexuelle peut provoquer un nouvel infarctus. Certaines personnes peuvent être inquiètes par le fait d'être moins performantes. De plus, les médicaments prescrits à la suite d'un infarctus ont souvent des effets secondaires au niveau sexuel qui peut augmenter l'inquiétude des patients. La reprise de l'activité sexuelle est un aspect important de la qualité de vie pour beaucoup de personnes après un infarctus. Répondre aux craintes et aux inquiétudes des patients et de leur partenaire à propos de la reprise de l'activité sexuelle est un élément important de l'éducation du patient bien que les professionnels de la santé sont souvent réticents d'aborder cet aspect personnel et intime de la vie du patient (Matocha & Waterhouse, 1993). Le patient ne va pas forcément exprimer ces inquiétudes sur sa vie sexuelle et la nécessité d'avoir des informations sur ce sujet avant son retour à domicile et la reprise. Souvent, les soignants n'ont pas de ressources pour les aider à savoir quand et comment reprendre leur activité sexuelle et aucune information n'est prévue. Une approche pédagogique créative durant et après l'hospitalisation est nécessaire pour faciliter la reprise d'une activité sexuelle.</p> <p>Dans la littérature, on peut retrouver des guidelines afin de fournir des conseils au niveau de ce thème. Certains ouvrages sont destinés aux professionnels de la santé (souvent sous forme de questions-réponses) (Arinos-Norris, 1997) et d'autres destinés aux patients (sous forme par ex. de brochure) (American Heart Association, 1997). En dépit de la disponibilité des ressources d'éducation aux patients, la mise en œuvre de conseil sur la sexualité après un infarctus continue d'être négligée. La quantité d'informations données à propos de ce sujet dépend souvent de l'aisance du personnel soignant à aborder ce thème. Souvent, les informations écrites ne contiennent que de brefs explications et conseils. Une étude faite par Hamilton et Seidman (1993) montre que seulement 6% des patients disent que l'information reçue transmise était faite par une infirmière. Une autre étude montre que seulement 33% des patients ont reçu des informations sur la reprise d'une activité sexuelle (Steinke & Patterson-Midgley, 1996). Par contre, ces informations ont été plutôt données par une équipe de réhabilitation cardiaque (28%) que par l'équipe infirmière (3%).</p> <p>Certaines barrières à aborder ce sujet par les infirmières peuvent être liées au manque de temps, au manque de connaissance, aux croyances et attitudes négatives au sujet de la sexualité, au sentiment que c'est le travail de quelqu'un d'autre, au manque de préparation du patient, au sentiment de gêne</p>

	<p>de parler de ce sujet (Herson, Hart, Gordon & Rintala, 1999). D'autres raisons de ne pas aborder ce sujet ont été mentionnées : certaines personnes ne parlent pas de sexualité, la sexualité n'est pas vu comme un problème par les infirmières, certains patients sont trop malade pour aborder ce sujet et l'inquiétude des soignants d'augmenter l'anxiété du patient (Kautz, Dickey & Stevens, 1990).</p> <p>Une étude a identifié chez 91 personnes les méthodes les plus appréciées des patients concernant les conseils au niveau de la sexualité. Deux mois après l'infarctus, les patients ont préféré : du matériel éducatif par écrit (69%), des entretiens privés avec des professionnels de la santé (57%), et une vidéo pour regarder à la maison (55%). Ils ont moins apprécié : avoir à disposition une ligne téléphonique tenue par des professionnels de la santé (23%), un groupe de discussion avec des autres patients et des professionnels de la santé (19%). Après 6 mois post-infarctus, une grande importance est donnée au matériel écrit (75%), vidéo (62%), ligne téléphonique (32%) (Steinke & Patterson-Midgley, 1998). Comme alternative à la consultation sexuelle individuelle, ils ont évalué l'efficacité d'une vidéo pour l'éducation aux patients dans le cadre du domicile familial (Meade, 1996).</p> <p>Linden (1995) a évalué l'efficacité d'un programme de réadaptation à domicile utilisant, par exemple, des instructions écrites avec un manuel du cœur avec des informations détaillées, des conseils, des exercices, une cassette audio pour la relaxation et le management du stress. Une approche à domicile utilisant une vidéo apparaît comme une intervention appropriée pour les sujets sensibles.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p><u>Qualité de vie (QOL) :</u></p> <p>La qualité de vie est un concept clé pour comprendre la sexualité, la reprise d'une activité sexuelle et l'inquiétude concernant la sexualité. Bien que la sexualité soit juste une composante de la qualité de vie, elle peut influencer la perception de la réussite du rétablissement suivant un infarctus. Dans cette étude, la qualité de vie inclut aussi la satisfaction sexuelle et la reprise d'une activité sexuelle. La perception de la sexualité a un impact sur le comportement personnel et social, sur l'expression de soi, sur la relation avec les autres et sur l'intégrité sexuelle de l'individu (McFarlane & Rubenfeld, 1983).</p> <p>L'information est présentée en fonction des besoins, des inquiétudes et de la situation de l'individu dans le but d'accroître les connaissances et la prise de décision concernant la reprise à une activité sexuelle. Les patients ont souvent peur que l'activité sexuelle déclenche un nouvel infarctus ou entraîne un décès, ce qui rend l'éducation aux patients difficile.</p> <p><u>Modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984)</u></p> <p>Ce concept permet de fournir d'autres bases de compréhension concernant les besoins et les inquiétudes des patients après un événement stressant comme un infarctus du myocarde. Le stress psychologique est défini comme une menace ou une anticipation d'une confrontation avec quelque chose de mal (un préjudice), basé sur des signaux évalués à travers un processus cognitif. Pour les patients, le stress apparaît car ils anticipent le fait que le retour aux activités usuel d'un individu (incluant les activités sexuelles) pourrait engendrer une nouvelle crise cardiaque. Afin de faire face à cette menace perçue, un processus d'adaptation se met en place afin de réduire ou d'éliminer ce stress dû à l'anticipation du mal. Cette évaluation du mal est aussi influencée par les connaissances et les croyances de l'individu sur la reprise d'une activité sexuelle. Ces « copings » facilitent l'adaptation aux changements. Pour les patients ayant eu un infarctus du myocarde, la disposition à certaines informations peut avoir un impact sur l'évaluation de la menace et aider à faire face à cette épreuve durant le processus de rétablissement. L'anxiété, qui est aussi une des réponses à cette menace, peut aussi par ce moyen être diminuée.</p>
Question de recherche / hypothèse	<p>Hypothèse: les patients recevant un enseignement écrit et une vidéo à regarder à la maison auraient une meilleure connaissance concernant la reprise des activités sexuelles, une diminution de l'anxiété et une meilleure qualité de vie. Ils reprendraient une activité sexuelle plus rapidement and auraient une plus grande satisfaction sexuelle à un mois, trois mois et cinq mois, comparé aux patients qui ne</p>

	recevraient que des informations écrites.
Méthodes	
Devis de recherche	Etude quasi-expérimentale (quantitative)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population : <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de participants était de 115 : 64 personnes dans le groupe expérimental et 51 personnes dans le groupe contrôle. <p>Les participants ont été recrutés dans un grand centre médical dans le Midwest (Etats-Unis). Ce centre est bien connu pour ces programmes de traitements cardiaques et de rééducation cardiaque.</p> Caractéristiques : <ul style="list-style-type: none"> - Moyenne d'âge : 54 ans (âge allant de 33 à 84 ans) - 80% étaient des hommes - 88% étaient mariés - 88% étaient de couleur blanche - 55% ont fait des études supérieures Critères d'inclusion <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic d'infarctus du myocarde - sont capables de lire - comprennent et écrivent l'anglais - âgés de plus de 30 ans - sont sexuellement actif Critères d'exclusion <ul style="list-style-type: none"> - avec antécédents psychiatriques - ont été renvoyés d'une institution de soins - avec de multiples problèmes complexes <p>La répartition des deux groupes (groupe expérimental ou groupe contrôle) a été faite par tirage au sort. Chaque groupe a reçu les instructions écrites habituelles (avec de brefs conseils sur la reprise d'une activité sexuelle) fournies par le personnel de la rééducation cardiaque. Le groupe expérimental a reçu en plus une vidéo à prendre à la maison.</p>

	Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique, plus consentement éclairé des patients
Collecte des données et mesures	<p><u>Instruments :</u></p> <p>Cinq instruments de recherche ont été utilisés.</p> <p>I. L'anxiété :</p> <p>« <i>The state anxiety scale of the State Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> » a été utilisé pour mesurer les changements de l'état d'anxiété durant le rétablissement post-IM (Spielberger, 1983). Cet outil contient 20 items avec une échelle allant de 1 (=pas du tout) à 4 (= beaucoup). Les résultats peuvent aller de 20 à 80. Un score élevé montre une forte anxiété.</p> <p>Le coefficient alpha pour les échantillons normatif est de .92 et pour cette étude .94</p> <p>II. La qualité de vie :</p> <p>L'indice de la qualité de vie est une échelle à 72 items avec une échelle allant de 1 (=insatisfait/ pas important) à 6 (= très important) qui permet de mesurer la perception des participants sur leur qualité de vie, comprenant à la fois la satisfaction et l'importance des différents aspects de la vie (Ferrans & Powers, 1985). Cette échelle est divisée en sous-échelle : santé et fonctionnement, social et économie, psychologie, spiritualité, famille. Les résultats vont de 0 à 30. Un score élevé indique une bonne qualité de vie.</p> <p>Le coefficient alpha de Cronbach pour cette étude est de .95</p> <p>III. Les connaissances :</p> <p>Evaluation des connaissances au sujet du sexe après un infarctus du myocarde par un questionnaire. Il est composé de 25 items et a été développé pour cette étude sur la base d'un autre instrument « <i>the Aging Sexual Knowledge and Attitude Scale</i> » (White & Catania, 1982). Il permet de mesurer les connaissances sur la reprise d'une activité sexuelle après un infarctus. Les patients doivent répondre à des questions par «vrai » (qui vaut 3 points), « faux » (qui vaut 1 point), « je ne sais pas » (qui vaut 2 points). la réponse « je ne sais pas » est utile dans les sujets délicats et permet aux participants de reconnaître qu'ils n'ont pas de connaissances sur ce point ou qu'ils sont indécis sur la réponse. Pour les participants, c'était perçu d'une manière plus positive de noter qu'ils étaient incertains dans les réponses que de répondre négativement. Les résultats allaient de 25 à 75. Un score élevé montrait beaucoup de connaissances.</p> <p>Coefficient alpha : .65</p> <p>IV. La fonction sexuelle :</p> <p>« <i>The Watts Sexual Function Questionnaire (WSFQ)</i> » contient 17 items. C'est une auto-évaluation sur l'expérience sexuelle, les aspects concernant le fonctionnement et les inquiétudes sur les intérêts sexuels et la satisfaction (Watt, 1982) Cet instrument comprend 4 sous-échelles : le désir sexuel, l'excitation, l'orgasme et la satisfaction. Les résultats peuvent aller de 17 à 85. Un score élevé montre une meilleure fonction.</p> <p>V. La reprise de l'activité sexuelle :</p> <p>La reprise d'une activité sexuelle a été évaluée sur la base d'un rapport des participants sur l'activité sexuelle depuis la dernière période de test. Deux questions ont été posées afin de déterminer si le patient était sexuellement actif durant la période test et quand il a repris</p>

	une activité sexuelle après son infarctus du myocarde.
Déroulement de l'étude	<p>Une vidéo de 15 minutes sur les inquiétudes au niveau sexuel après un infarctus du myocarde a été développée pour l'étude. Elle présente les effets d'un infarctus sur la sexualité et sur les fonctions sexuelles, la communication avec le partenaire et l'impact des facteurs de risque cardiovasculaire sur les fonctions sexuelles. Elle signale aussi quand et comment reprendre une activité sexuelle ainsi que les effets de certains médicaments sur les fonctions sexuelles. Cette vidéo a été examinée par 4 experts et 10 patients ayant eu un infarctus du myocarde.</p> <p>Les participants du groupe expérimental ont regardé la vidéo quand ils voulaient, à la maison et ont été encouragés à la regarder en présence de leur partenaire. Cette vidéo permet aux patients de recevoir les informations lorsqu'ils en ont besoin et lorsqu'ils le veulent. Les participants du groupe contrôle ont reçu la vidéo et un questionnaire à la fin des 5 mois de la récolte de données. Des questionnaires ont été envoyés par mail à tous les participants après un, trois et cinq mois après leur infarctus. Cela correspondait à peu près avec le retour attendu d'une activité sexuelle. Avec un infarctus du myocarde sans complications, un patient peut en général reprendre une activité sexuelle 7-10 jours après l'infarctus (American Heart Association & American College of Cardiology, 1999). Il a été prévu ici que la plupart reprennent une activité sexuelle après un mois. La collecte à trois et cinq mois a permis l'évaluation de ceux qui ont repris une activité sexuelle progressivement. A chaque fois, il était demandé aux patients si eux ou leur partenaire ont revu le matériel fourni (la vidéo ou les informations écrites).</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Le groupe expérimental avait une meilleure connaissance à un mois après leur infarctus ($P = .002$) comparé au groupe contrôle. Etonnamment, le groupe expérimental avait un taux d'anxiété plus élevé à un mois post-IM ($P = .049$). Sinon, il n'y avait pas d'autres différences significatives entre les deux groupes sur les autres variables de l'étude. La reprise des résultats a été comparée par groupe (expérimental et contrôle), sexe et âge. Tous les participants ont rapporté qu'ils étaient sexuellement actifs avant leur infarctus du myocarde et ont mentionné leur intention de reprendre une activité sexuelle durant l'entretien initial bien que quelques divergences sont apparues lors du questionnaire écrit. En cas de divergences, des informations supplémentaires étaient demandées à la personne.</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe contrôle sur la reprise des activités sexuelle : à un mois ($P = .25$), à trois mois ($P = 1.00$) et à cinq mois ($P = .71$). Les participants du groupe expérimental ont signalé moins d'activité sexuelle à un mois (68%, $n = 28$) que le groupe contrôle (80%) mais signale une augmentation d'une activité sexuelle à trois mois (91% vs 92%) et à cinq mois (91% vs 86%). Le temps d'une reprise de l'activité sexuelle au cours de la période de l'étude variait entre une et treize semaines, avec une moyenne de trois semaines pour les participants masculins et féminins. Il n'y a pas de différences significatives dans les résultats entre les hommes et les femmes. Ils ont aussi remarqué que les personnes de moins de 65 ans ont repris une activité sexuelle plus tôt (à 1 mois, $P = .01$), (à 3 mois, $P = .02$).</p>
Résultats trouvés	<p>« Videotape intervention »</p> <ul style="list-style-type: none"> 87% des participants du groupe expérimental ont regardé la vidéo le premier mois après leur infarctus et la majorité (60%) ont visionné la vidéo la première semaine de leur sortie de l'hôpital. Beaucoup de partenaires (62%) ont regardé la vidéo avec les participants lors du premier mois. Pour des raisons non connues, on peut percevoir une baisse de la visualisation de la vidéo par les partenaires à trois mois (74%) et à cinq mois (69%). La plupart des participants ont regardé la vidéo une fois (76%) et le reste des participants ont regardé deux fois (22%). A trois et cinq mois, 94% des participants ont visionné la vidéo

	<ul style="list-style-type: none"> Le matériel écrit a été lu à 1 mois, par 87% des participants du groupe expérimental et par 54% des partenaires à 3 mois par 94% des participants et 79% des partenaires et à 5 mois par 94% des participants et 66 % des partenaires. Le matériel écrit a été lu à 1 mois par 90% des participants du groupe contrôle (la plupart durant la première semaine après l'hospitalisation), seulement 54% des partenaires l'ont lu. Plus de partenaires ont lu le matériel écrit à 3 mois (59%) A cinq mois, les participants du groupe contrôle ont reçu la vidéo ainsi qu'un questionnaire à remplir. 19 personnes ont complété cette enquête. Parmi ces personnes, tous ont regardé la vidéo, dont 12 participants qui l'ont visionnée avec leur partenaire. Tous les participants sauf un ont trouvé cette vidéo très utile. Deux participants préfèrent que l'information par écrit, deux pensent que c'est mieux que la vidéo, et 15 préfèrent avoir les deux : une information écrite et la vidéo. Dans les commentaires des participants, beaucoup disent que la vidéo fournit des informations utiles, des informations plus élargies, et que ça renforce les informations déjà reçues.
Discussion	
	<p><u>La qualité de vie :</u></p> <p>La qualité de vie est une mesure générale de l'expérience et de l'adaptation d'un patient après un infarctus du myocarde. Les différences dans la qualité de vie au fil du temps n'ont pas été démontrées dans cette étude. Wingate (1995) a indiqué qu'un événement tel qu'un infarctus peut provoquer chez une personne une remise en question de sa vie, des changements de style de vie et des réajustements des priorités de sa vie afin d'améliorer la qualité de vie. Tout au long de cette étude, le score de la qualité de vie a été au-dessus de la moyenne pour les deux groupes. Le groupe expérimental a rencontré plus de problèmes de santé, et de ré-hospitalisation mais il a malgré tout conservé sa qualité de vie.</p> <p><u>L'anxiété :</u></p> <p>Une différence au niveau de l'anxiété est apparue un mois après l'infarctus en montrant un taux d'anxiété plus grand dans le groupe expérimental. Au fil du temps, des fluctuations dans la moyenne du score de l'anxiété ont été notées dans les deux groupes.</p> <p>L'anxiété ne peut pas être attribuée uniquement à la reprise de l'activité sexuelle mais à tous les changements qui se produisent dans la vie du patient après un infarctus du myocarde.</p> <p>Les informations sur la reprise de l'activité sexuelle qu'ont reçues les patients peuvent avoir modifiées l'évaluation de la menace et les avoir aidé à faire face à cet événement, particulièrement à un mois. D'autres recherches qui différencieraient l'anxiété de la reprise d'une activité sexuelle et l'anxiété générale sont nécessaires.</p> <p><u>La connaissance :</u></p> <p>Le niveau de connaissance des patients au niveau de la reprise d'une activité sexuelle après un infarctus n'a auparavant pas été rapporté. Le besoin d'apprentissage spécifique sur les inquiétudes au niveau sexuel a été traité dans peu d'étude. L'échelle des connaissances développée pour cette étude fournit une mesure adéquate sur la connaissance de la reprise d'une activité sexuelle. Le score des connaissances était significativement élevé à un mois pour le groupe expérimental. Des autres chercheurs ont montré des gains à court-terme sur les connaissances à la suite d'une intervention éducative. D'autres études ont aussi montré l'amélioration des connaissances à court-terme avec l'utilisation d'une vidéo.</p> <p>D'autres recherches et interventions sont nécessaires afin d'évaluer l'application des connaissances dans le changement des comportements tels que la reprise d'une activité sexuelle. Un minimum d'informations écrites a été donné aux participants du groupe expérimental durant l'hospitalisation. Les commentaires écrits par les participants étaient en faveur de la méthode de la vidéo mais ils préférèrent lorsqu'elle est accompagnée de informations écrites. L'utilisation de la vidéo avec une autre</p>

	<p>méthode d'éducation permet de renforcer les connaissances au fil du temps.</p> <p><u>La reprise d'une activité sexuelle et la satisfaction sexuelle :</u></p> <p>La fonction sexuelle et la satisfaction sexuelle sont restées constantes au fil du temps pour les participants des deux groupes. Moins de participants du groupe expérimental (68%) que du groupe contrôle (80%) ont repris une activité sexuelle à un mois. Hamilton et Seidman (1993) ont remarqué un retour progressif à une activité sexuelle et 18% seulement ont repris une activité sexuelle à la même fréquence qu'avant leur infarctus. Varvaro (2000) a remarqué un faible taux d'inquiétude à 12 mois dans un échantillon de femmes après un infarctus.</p> <p>Dans cette étude, le temps moyen pour la reprise d'une activité sexuelle était de 3 semaines, c'était un peu plus court que dans d'autres études où le temps varie entre une et treize semaines. Certaines informations restent peu claires, par exemple, sur le nombre de patients, qui ont repris une activité sexuelle et lesquels ont cessé plus tard leur activité. Le groupe contrôle a une diminution de l'activité sexuelle à cinq mois post- infarctus.</p> <p>Les données concernant la satisfaction sexuelle après un infarctus du myocarde sont variables. Par exemple, dans une étude de Sjogren et Fugl-Meyer (1983) la satisfaction sexuelle a diminué chez 45% de la population de l'échantillon et il y avait des modifications dans la vie sexuelle de 67% d'hommes mariés. Hertzeanu (1993) trouve que la qualité de vie, la fonction sexuelle et la satisfaction sexuelle ont été améliorées chez les personnes qui avaient suivi un programme de rééducation.</p> <p>Dans cette étude, les résultats montrent une satisfaction sexuelle supérieure à la moyenne pour chaque groupe et un changement minime au fil du temps. Mais il faudrait approfondir la recherche car ce sujet n'a été évalué que sur trois items.</p>
Perspectives futures	<p>Cette vidéo pourrait aussi être utilisée à l'hôpital et pas seulement à domicile afin de compléter les informations écrites et verbales. L'utilisation de cette vidéo pourrait assurer que les patients reçoivent au moins un minimum d'information, si par exemple, les soignants ne se sentent pas à l'aise avec ce thème, ou qu'ils ne savent pas comment l'aborder. En discutant de ce thème, les infirmières peuvent avoir un grand impact sur la prise en charge du patient et sur sa qualité de vie.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Le fait que les participants du groupe expérimental reçoivent la vidéo au tout début de l'étude peut faire qu'ils n'ont plus ressenti le besoin de continuer • Un petit échantillon limite le pouvoir de cette étude • Chaque participant a tout de même reçu des informations, l'effet sur le groupe expérimental peut avoir été dilué • On ne sait pas quelles informations supplémentaires les participants ont reçu • Il faudrait clarifier quand est-ce que c'est le plus propice pour recevoir ces informations • L'utilisation de l'auto-évaluation peut induire potentiellement des erreurs mais est moins intrusive. • Des instruments d'auto-évaluation devraient être utilisés dans d'autres études, comme par exemple, pour mesurer le taux d'anxiété (afin de ne pas différencier l'anxiété due à la reprise d'une activité sexuelle et l'anxiété générale). Un outil pour mesurer la satisfaction devrait aussi être développé. • Même s'il y avait la même proportion de femmes que d'hommes, il faut faire attention de ne pas généraliser car l'échantillon était probablement trop petit pour trouver des différences significatives.

Titre	Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients : determined by an analysis of quality of life
Auteur	Bagheri, H. , Memarian, R. & Alhani, F.
Année / source	Journal of Clinical Nursing, 2007, 16, 402-406
Résumé	Mots-clés : group counselling program, myocardial infarction, nurses, nursing, quality of life
Introduction	
Enoncé du problème/but	L'objectif de cette étude est de développer la qualité de vie des patients ayant eu un infarctus du myocarde et d'examiner l'effet d'un programme de « group counselling » sur la qualité de vie.
Recension des écrits	<p>L'infarctus du myocarde (IM) reste une cause fréquente de mort à travers le monde. Malgré la diminution de la mortalité des maladies coronariennes dans la plupart des pays développés, la mortalité augmente dans la plupart des pays de l'est (Yusuf , Reddy, Ounpuu & Anand, 2001). Au Royaume-Uni, on estime que 1-2 millions de personnes ont survécu à une crise attaque (Berthell, Turner, Evans & Rose, 2001). « The American Heart Association » estime que plus de sept millions de personnes, ayant eu un infarctus du myocarde et une angine de poitrine, ont survécu et le coût de la prise en charge de ces personnes s'élève à environ 150 millions de dollars par année (Ignatavicius, Workman & Misher, 1999).</p> <p>Comme l'infarctus du myocarde est un événement menaçant le pronostic vital, il n'est pas surprenant qu'il entraîne souvent une détresse et une diminution de la qualité de vie pour les patients et pour leur partenaire. Après un infarctus, les patients interprètent les sentiments normaux de fatigue ou d'anxiété comme étant liés à l'état de leur cœur. Cela conduit souvent à une réduction des activités sociales et physiques (une manière de protéger le cœur) ainsi qu'à une préoccupation au niveau des symptômes. Une réduction des activités mène à une baisse de la condition physique, à une augmentation de la fatigue et à une préoccupation importante des symptômes ou sensations corporelles ressentis (car les personnes ont plus de temps) et donc génère encore plus d'inquiétude (Thompson & Lewin, 2000). Il a été démontré que les patients atteints d'une maladie coronarienne telle que l'infarctus du myocarde, et rencontrant ces facteurs de risque, ont un risque plus élevé d'avoir de nouveau un accident ischémique. De nombreux changements physiologiques négatifs, qui semblent se produire à la suite de ces facteurs de risque psychosociaux, ont été identifiés : augmentation de l'agrégation plaquettaire, état hyper-adrénergique, niveau de cortisol élevé, fonction anormale de l'endothélium et augmente la tendance à des arythmies ventriculaires malignes. Chacun de ces facteurs expliquent le risque accru de refaire un accident coronarien (pouvant être mortel) (Januzzi & Pasternak, 2002). Un manque de support social après un infarctus est aussi associé avec une augmentation de la mortalité (Berkman, Blumenthal & Burg, 2003). Malgré le nombre d'interventions qui ont permis de réduire la récurrence d'infarctus du myocarde et d'augmenter la qualité de vie des patients, le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire n'est pas encore optimal et il y a une sous-utilisation des antiagrégants plaquettaires, des bêta-bloquants et des hypolipémiants chez les patients avec une maladie coronarienne (EUROASPIRE I and II group, 2001).</p> <p>Les patients ayant subi un infarctus du myocarde devront gérer leur maladie ainsi que les difficultés physiques, émotionnelles et sociales. Les patients participants à cette étude, ont tous des expériences différentes de leur maladie, c'est pourquoi le groupe de soutien (<i>the group counselling</i>) peut être utile. Cette méthode peut résoudre ou diminuer les problèmes physiques,</p>

	émotionnels et sociaux et augmenter la qualité de vie. Le groupe de soutien est un moyen rentable et pratique, s'adaptant à chaque individu en fonction de ses besoins et de ses problèmes.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique décrit
Question de recherche / hypothèse	Pas de question de recherche ou d'hypothèse
Méthodes	
Devis de recherche	Etude quasi-expérimental (quantitatif)
Population et contexte	Population : - 70 patients avec un infarctus du myocarde des hôpitaux de Imam Khomeini et Shariati (Iran) ont été sélectionnés en deux groupes : le groupe intervention (n= 35) et le groupe contrôle (n= 35). Certains facteurs tels que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le nombre d'infarctus ont été réparti dans les deux groupes. Ensuite les patients du groupe intervention ont été randomisés en cinq sous-groupe, contenant chacun six à sept patients afin que « <i>the counseling session</i> » soient pratiquement plus viables.
Déroulement de l'étude et collecte des données	L'étude est composée de trois phases : phase 1 : avant groupe de soutien La personne chargée de l'étude décrit l'objectif de cette recherche et complète le questionnaire démographique, se basant sur les informations données par les patients ainsi que par le « <i>MacNew Quality of life after Myocardial Infarction questionnaire</i> » (qui a été complété par la personne chargée de l'étude, se basant une interview guidée). En phase 2, « <i>the group counseling program</i> » a été planifié pour chaque groupe en tenant compte des informations démographiques et du questionnaire sur la qualité de vie, incluant les problèmes physiques, émotionnels et sociaux. phase 2: le groupe soutien Avant le début de la phase 2, un patient est décédé et trois se sont retirés. Le groupe intervention est réduit maintenant à 31 patients. Cette deuxième phase est composée de six à huit sessions (deux sessions par semaine) d'une durée d'environ une heure. Entre les sessions, il y a un intervalle d'au moins trois jours. Durant cette phase, les patients décrivent leurs problèmes ou leurs difficultés. Ceux-ci sont discutés avec les autres patients et la personne responsable et ils essayent de trouver un moyen de les résoudre. Tous les patients sont invités à participer aux discussions. Ensuite, la personne responsable décrit quelle sorte de difficultés ils rencontrent (physiques, émotionnels, ou sociaux) et donne

	<p>certaines informations concernant ces problèmes. Puis, il explique comment on peut faire face et gérer ces difficultés. À la fin de cette phase, les patients doivent utiliser, pendant un mois, les méthodes qu'ils ont apprises. Durant cette période, les patients peuvent téléphoner à la personne responsable.</p> <p>phase 3: après : le groupe de soutien</p> <p>Cette phase est l'évaluation de l'effet du groupe de soutien sur la qualité de vie. Les participants des deux groupes (interventions et contrôle groupe) doivent remplir le « <i>quality of life questionnaire</i> ».</p>
Résultats	
Résultats trouvés	<p>Il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe intervention concernant les variables démographiques avant le groupe soutien ainsi qu'au niveau du résultat de la qualité de vie (effectué par un <i>t</i>-test) ($p = 0.99$)</p> <p>La moyenne du résultat de la qualité de vie après le groupe de soutien a été comparée entre le groupe intervention (94.8%) et le groupe contrôle (75.8%). Le <i>t</i>-test indique une différence significative ($p = 0.001$) entre les deux groupes.</p> <p>La moyenne du résultat de la qualité de vie, avant et après le groupe de soutien dans le groupe intervention (de 76.4% à 94,8%) indique une différence significative ($P < 0.0001$) alors qu'il n'y a pas de différence significative dans le contrôle groupe (76,3% à 75,8%).</p> <p>Un <i>z</i>-test a été fait afin de comparer la différence du résultat de la qualité de vie avant et après le groupe de soutien dans les deux groupes et indique une différence significative ($p < 0.001$) entre les deux groupes.</p> <p>Différence significative au niveau du score des trois dimensions de la qualité de vie (physique, spirituel, social) entre les deux groupes</p>
Discussion	
	<p>Les maladies cardiovasculaires sont dans le monde entier une grande préoccupation pour les patients et les organismes de santé (Jolliffe, Rees, Taylor, Thompson, Oldridge & Ebrahim, 2001).</p> <p>Chez ces patients, les relations familiales, la situation professionnelle, les capacités physiques et sociales, la prise en charge de soi ainsi que la qualité de vie peuvent complètement changer (Ross & Redfern, 1999). Environ un tiers des patients atteints de maladies coronariennes ont des difficultés à obtenir un rendez-vous et un quart aimerait plus de temps pour chaque consultation ou un lien rapide avec un spécialiste lorsque c'est nécessaire. Un tiers exprime leur mécontentement avec les conseils des infirmiers/ères ou les médecins de l'hôpital (Asadi-lari, Packham & Gray, 2003).</p> <p>Des études montrent une amélioration considérable au niveau médical (pression artérielle, poids, graisse) et psychosocial (qualité de vie) après un programme sur le changement de style de vie (Koertge, Weidner, Elliott-Eller, Scherwitz, Merritt-Worden Marlin, Lipsenthal, Guarneri, Finkel, Saunders, McCormac, Scheer, Collins & Ornish, 2003). Des consultations appropriées et des programmes qui aident à gérer la maladie sont de plus en plus préconisés et les résultats montrent une réduction significative des admissions à l'hôpital et montrent une tendance à l'amélioration des symptômes, de la tolérance à l'effort et de la qualité de vie (McAlister, Lawson, Teo & Armstrong, 2002).</p> <p>Dans cette étude, Avant le groupe de soutien, il n'y avait pas de différence significative au niveau du score de la qualité de vie entre le groupe intervention et le groupe contrôle. Par contre, le groupe de soutien, une différence significative était visible au niveau du résultat de la qualité de vie entre les</p>

	<p>deux groupes. La différence était significative au niveau du groupe intervention mais il n'y avait pas de différence significative dans le groupe contrôle. Il y avait même une légère diminution dans ce groupe.</p> <p>Les patients après une rééducation cardiaque ont statistiquement une réduction significative de la mortalité d'environ 27 à 31%, comparé avec des patients qui reçoivent que les soins conventionnels (Jolliffe, Rees, Taylor, Thompson, Oldridge & Ebrahim, 2001).</p> <p>Ils ont aussi un meilleur sentiment, une plus grande confiance en soi et une meilleure qualité de vie après avoir participé à des programmes de rééducation (Torton, 1998).</p> <p>Dans cette étude, le faible résultat dans le groupe contrôle montre que ces patients ont besoin d'une plus grande attention et des interventions particulières pour maintenir leur qualité de vie à un niveau normal.</p> <p>Les résultats montrent que l'utilisation d'un « group counseling program » chez des patients ayant eu un infarctus du myocarde augmente la qualité de vie aussi bien au niveau physique, émotionnel que social.</p> <p>Les auteurs de cette étude suggèrent qu'en utilisant un « group counseling program », les difficultés des patients seraient déterminées et des solutions pourraient être trouvées. C'est aussi un moyen préventif contre certaines complications après un infarctus du myocarde. Une amélioration de la qualité de vie de ces patients contribuerait à une amélioration de la qualité de vie de la famille ainsi qu'au développement physique, émotionnel et social dans la famille et dans la société.</p>
Perspectives futures	Cette intervention pourrait être envisagée dans d'autres « settings ».
Evaluation globale	
Commentaire	<p>Étude faite en Iran</p> <p>Pas d'approbation éthique</p>
Titre	A Cardiac Depression Visual Analogue Scale for the brief and rapid assessment of depression following acute coronary syndromes
Auteur	Di Benedetto, M., Lindner, Hareb, D. & Kent, S.
Année / source	Journal of Psychosomatic Research ,2005 , 59, p. 223– 229
Résumé	Mots-clés : Depression; Visual analogue scale; Myocardial infarction; Validity; Reliability

Introduction	
Enoncé du problème/but	L'objectif de développer un instrument à plusieurs items qui utilise l'auto-évaluation permettant d'évaluer rapidement et convenablement la dépression chez une population avec un syndrome coronarien aigu durant deux semaines.
Recension des écrits	<p>L'état psychologique affecte le processus de rétablissement ainsi que le pronostic (Carney et al., 1988 ; Frasure-Smith, Lespérance, Talajic, 1993 ; Ladwig, Kieser, Konig, Breithardt, Borggrefe, 1991, Lespérance, Frasure-Smith, Talajic, Bourassa, 2002). Les patients avec des symptômes mineurs de dépression après un infarctus du myocarde ont un plus mauvais pronostic que les patients sans symptômes dépressifs (Bush et al., 2001 ; Sullivan, LaCroix, Russo & Swords, 1999). De plus, ils auront une diminution de la qualité de vie (Hare & Davis, 1996).</p> <p>La dépression a été rapportée chez 20% des hommes après dix jours après l'infarctus et à 26% après deux et six mois (Trelawny-Ross & Russell, 1987). Les échelles visuelles analogiques ont été utilisées pour l'évaluation rapide et fiable de la dépression.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique décrit
Question de recherche / hypothèse	.pas de question de recherche décrite
Méthodes	
Devis de recherche	Etude longitudinale descriptive (quantitative)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population <p>81 participants, mais au final <u>58 participants</u> (45 hommes et 13 femmes) ont rempli le journal de bord</p> <ul style="list-style-type: none"> Critères d'inclusion <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic d'un syndrome coronarien aigu : infarctus du myocarde ou angine de poitrine instable. -capable de lire et d'écrire l'anglais -âgés entre 18 et 79 ans - absence de troubles cognitive - pas dépendance à l'alcool ou à la drogue <ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques <ul style="list-style-type: none"> -moyenne d'âge : 59 ans

	<p>- majoritairement Australien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte <p>- patient ont été admis dans un service de soins coronaires dans deux hôpitaux australien</p>
Collecte des données et mesures	<p>Deux échelles standard évaluent les fréquents symptômes dépressifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>The Beck Depression Inventories (BDI)</i> » sont les échelles de la dépression les plus couramment utilisées (Di Benedetto, Lindner, Hare & Kent, 2005). <i>The Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i> est la version la plus récente et a été choisi pour cette étude (Beck, Steer & Brown, 1996). Elle contient 21 items qui permettent d'évaluer les symptômes cognitifs, comportementaux, affectifs, somatiques ainsi que la sévérité des symptômes. Il est noté de 0 à 3. Les scores vont de 0 à 63 après avoir additionné tous les scores des items. Un score entre 10 et 19 indiquent des symptômes légers, de 20 à 25 des symptômes modérés et supérieur à 25 des symptômes sévères (Beck et al., 1996). <p>Cohérence interne adéquate (Cronbach's alpha= .80 à .90).</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>The Cardiac Depression Scale (CDS)</i> » a été spécialement développé pour mesurer les troubles d'adaptation avec humeur dépressive chez des personnes cardiaques (Hare & Davis, 1996). Cette échelle contient 26 items, évalués sur une échelle de Likert à sept points : 1 = fortement en désaccord et 7 = fortement d'accord. <p>Cohérence interne adéquate (Cronbach's alpha= .90)</p> <p>Un score égal ou supérieur à 80 sur cette échelle est équivalent à un score supérieur à 10 dans <i>the BDI-II</i> (Di Benedetto et al., 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données démographiques et de santé ont été collectées (âge, état civil, le niveau économique et d'éducation, les facteurs de risques) • Les mesures ont été prise à jour 1, semaine 1 et semaine 2
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>The Cardiac Depression Visual Analogue Scale (CDVAS)</i> » (échelle visuelle analogue de la dépression cardiaque) contient six items qui mesurent: le sommeil, le plaisir, l'irritation, la mémoire, l'optimisme et le niveau d'activités. Un score élevé représente un mauvais état d'esprit. • Les patients qui répondaient aux critères d'inclusion, ont été contacté par les auteurs entre le premier et le 14 jours suivant leur syndrome coronarien aigu, soit à l'hôpital ou à leur domicile s'ils ont déjà quitté l'hôpital. Un entretien a été prévu où les patients ont signé un consentement et ont répondu aux différents questionnaires. Des instructions verbales et écrites ont été transmises aux participants avant de leur présenter l'échelle visuelle. Ils ont reçu un journal de bord décrivant leur humeur (<i>mood diary</i>). Chaque jour, à la même heure, ils doivent remplir l'échelle visuelle en mettant un trait où ils pensent qu'ils se situent aujourd'hui. Ce journal de bord est mené sur une période de deux semaines et contient 14 <i>CDVAS</i> et ils doivent le dater et mettre l'heure à laquelle ils le remplissent. Au bout des 15 jours, ils doivent renvoyer le journal de bord aux responsables de l'étude.
Résultats	
Résultats trouvées	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de différences significatives dans les données démographiques entre ceux qui ont rempli le journal de bord et ceux qui ne l'ont pas rempli • Forte fiabilité interne à jour un (alpha= .83), semaine une (alpha= .91), semaine deux (alpha=.90) • La consistance interne du <i>BDI-II</i> était de .91 et de .92 pour <i>the CDS</i>. <i>The CD-VAS</i> a une forte consistance interne : jour un (α=.83), semaine une (α=. 91), semaine deux (α=.90) • <i>Test-retest correlation</i> du score total du <i>CD-VAS</i> : r= .95 • La moyenne des résultats totaux du <i>CD-VAS</i> pour le jour un, la semaine une et la semaine deux ont une grande corrélation positive avec les deux autres échelles évaluant la dépression • L'item futur était un grand indicateur de différences entre les personnes avec des symptômes dépressifs et ceux qui en ont pas.

	→ <i>The CD-VAS</i> apparaît être un instrument valide, fiable et sensible pour mesurer la symptomatologie dépressive souvent fréquente après un syndrome coronarien aigu
Discussion	
	Fiabilité et validité de l'échelle malgré le peu d'items
Titre	Randomized Controlled Trial of Tailored Nursing Interventions to Improve Cardiac Rehabilitation Enrollment
Auteur	Sylvie Cossette, Nancy Frasure-Smith, Jocelyn Dupuis, Martin Juneau, Marie-Claude Guertin
Année / source	Nursing Research, 2012, Vol 61, No 2, 111-120
Résumé	Key Words : Clinical trial, heart disease, nursing care, randomized, rehabilitation
Introduction	
Enoncé du problème/but	<p>Le but de cet essai clinique dans une unité de soins coronariens était d'évaluer l'efficacité des interventions infirmières permettant de favoriser les inscriptions dans un programme de rééducation dans les six semaines suivant la fin d'hospitalisation ayant eu un syndrome coronarien aigu.</p> <p>Cette étude essaie de déterminer si une intervention infirmière se centrant sur les perceptions individuelles que les patients ont sur leur maladie et leur traitement pourrait augmenter la participation à une rééducation après leur sortie de l'hôpital.</p>
Recension des écrits	<p>Les maladies cardiaques sont l'une des causes principales de mortalité et d'hospitalisation dans les pays développés (Balady, Williams, Ade, Bittner, Comoss & Foody, 2007 ; Kotseva, Wood, De Backer, De Bacquer,, Pyörälä & Keil 2009). Parmi ces maladies, les syndromes coronariens aigus (SCA) (regroupant l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine instable) sont les plus importantes en terme d'admission hospitalière et de décès (Stone, 2009). Les interventions de revascularisation ainsi que les traitements médicamenteux ont révolutionné l'approche du SCA en permettant la survie d'un plus grand nombre de patients et des retours à domicile plus rapides et plus nombreux. En plus des traitements médicamenteux, la modification des facteurs de risque tels que l'inactivité physique, le tabagisme, le régime alimentaire et le stress reste crucial afin de diminuer le risque de récurrence.</p> <p>Selon différentes méta-analyses, les rééducations cardiaques participent à une diminution non-négligeable de la mortalité (27%-31%) (Clark, Hartling, Vendermeer & McAlister, 2005 ; Taylor, Brown, Ebrahim, Jolliffe, Noorani, Rees & Oldridge. 2004). La rééducation fait maintenant partie intégrante des programmes nationaux de prévention chez les patients cardiaques en Amérique du Nord, en Europe et en Australie (Arthur, Suskin, Bayley, Fortin, Howlett, Heckman & Lewanczuk, 2010 ; Bairey Merz, Alberts, Balady, Ballantyne, Berra & Black, 2009 ; Balady et al. 2007 ; Piepoli, Corra, Benzer, Bjarnason-Wehrens, Dendale, Gaita, Schmid, 2010). Cependant seulement 20 à 25 % des patients souffrant d'une maladie cardiaque participent à une programmes de rééducation (Davies, Taylor, Beswick, Wise, Moxham, Rees & Ebrahim, 2008 ; De Angelis, Bunker & Schoo, 2008 ; Mosleh, Kiger & Cambell, 2009 ; Parkosewich, 2008 ; Wyer, Joseph</p>

	<p>& Earll, 2001).</p> <p>Des études précédentes ont montré que la participation à un programme de rééducation dépend de facteurs tels que la distance du domicile, le problème du transport, le programme/emplois du temps et les types de service offerts (Grace, Gravely-Witte, Brual, Monette, Suskin, Higginson & Stewart, 2008).</p> <p>De plus, le sentiment d'être trop malade ou au contraire trop bien, le manque d'intérêt (De Angelis et al. 2008), l'isolation sociale, un enseignement inférieur, et des problèmes financiers (Grace et al. 2008 ; Parkosewich, 2008) ont été désignés comme étant des barrières à un programme de rééducation.</p> <p>Peu d'étude se sont penchées sur le changement de ces facteurs. Le changement des facteurs en lien avec le patient aurait le potentiel d'augmenter la participation à des programmes de rééducation, par exemple, en diminuant les barrières perçues par le patient et en augmentant les bénéfices perçus, la perception de contrôle personnel sur leur maladie...</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les interventions de cette étude ont été basées sur la théorie de l'autorégulation « <i>the self-regulation theory</i> » de Leventhal qui montre certains mécanismes expliquant les changements de comportements au-delà de la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires (Cooper, Lloyd, Weinman & Jackson, 1999 ; French, Cooper & Weinman, 2006 ; Horne & Weinman, 1999 ; Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002).</p> <p>Selon la théorie de l'autorégulation, les perceptions individuelles de la maladie déterminent les comportements au niveau de la santé et de la gestion des facteurs de risque. La théorie suggère que les processus émotionnels et cognitifs déterminent les perceptions de la maladie « <i>illness perceptions</i> » et donc, la manière dont va agir la personne lors d'une crise (=problème de santé). Les perceptions de la maladie sont liées à des composantes telles que l'identification de la maladie (par ex : le nom, les symptômes), aux causes présumées (par ex : facteurs de risques), aux potentielles conséquences (par ex : nouvelle médication), à la chronologie/ durée (par ex : aigu, chronique), et le contrôle perçu sur la maladie. Sur la base des perceptions de la maladie, les patients peuvent ou non planifier et s'engager dans des actions spécifiques (par ex : participation à un programme de rééducation) visant à réduire les facteurs de risque. Les interventions infirmières peuvent se baser sur cette théorie, par exemple en recadrant les représentations abstraites à des plus tangibles (par ex. reconnaître correctement certains symptômes afin d'agir correctement).</p>
Question de recherche / hypothèse	<p>L'hypothèse de cette étude est que dans les six semaines qui suivent la sortie d'hôpital, le groupe expérimental aurait une participation à une rééducation supérieure à celle du groupe contrôle.</p>
Méthodes	
Devis de recherche	<p>Etude randomisée contrôlée (quantitative)</p>
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population <p>- 242 patients. Les participants ont été randomisés en un groupe expérimental et un groupe contrôle. Chacun était composé de 121 patients. La principale différence entre ces deux groupes était que le groupe contrôle avait plus d'homme et peu de patients qui vivaient seul. L'âge moyen dans les deux groupes était de 59,4 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> Critères d'exclusion

	<ul style="list-style-type: none"> - étant sortie récemment d'un centre de rééducation - ne parlant ni l'anglais, ni le français - vivant à plus de 50 kilomètres d'un centre de rééducation - ayant un problème physique (ex : maladie terminale, hospitalisation supérieure à huit jours) - ayant un problème psychologique (ex. consommation de drogue, anxiété sévère) - ayant un problème cognitif (ex. démence) - devant subir une intervention chirurgicale - déjà suivi un programme de rééducation - ayant un diagnostic final autre qu'un SCA. <p>Cette étude a été menée chez des patients adultes hospitalisés pour une suspicion d'un SCA dans une unité de soins coronariens ou dans un hôpital à Montréal (Canada) spécialisé en cardiologie. Les patients ont été recrutés entre octobre 2006 et septembre 2009. Elle a été approuvée par un comité d'éthique.</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Mesure :</u></p> <p>Le critère principal était l'inscription dans un programme de rééducation à libre accès situé à proximité de l'hôpital où les patients ont été recrutés. Pour cette étude, il fallait au moins participer à une session de rééducation durant les six semaines après la sortie de l'hôpital. Les données correspondant à la participation ont été collectées dans une base de données informatique.</p> <p>Les critères secondaires incluaient la perception de la maladie, le support familial, le niveau d'anxiété, les facteurs de risque.</p> <p>Un questionnaire de base a été complété avant la sortie de l'hôpital et un autre questionnaire a été effectué par téléphone six semaines après la sortie par un chercheur assistant. Les données sociodémographiques et cliniques (ex : diagnostique, procédures, antécédents, comorbidités, fraction d'éjection, laboratoires, traitements, durée d'hospitalisation, poids, taille, BMI, antécédents cardiaques dans la famille) ont été prises dans le dossier médical et certaines autres données (ex : statut civil, professionnel, conduisant une voiture, locataire ou propriétaire, fumant ou pas) ont été rapporté par la personne.</p> <p>La perception de la maladie a été évaluée par «the <i>Illness Perception Questionnaire</i> » (version revisité) (IPQ-R) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002). Il contient 38 items. Basé sur la théorie de Leventhal, « the IPQ-R » inclue 7 catégories. Un score élevé dans chaque catégorie signifie que les patients perçoivent la maladie comme étant plus chronique que aigue (7 items), ayant plus de conséquences négatives dans leur vie quotidienne (6 items), ont plus de contrôle sur leur traitement (13 items), ont plus de contrôle personnel (12 items), ont plus de compréhension de leur maladie (9 items), perçoivent la maladie plus stable que cyclique (4 items) et ont plus de réponses affectives négatives face à la maladie (6 items).</p> <p>La perception du soutien familial concernant leur santé a été évaluée en utilisant le « Family Care Climate Questionnaire-Patient version » contenant 14 items (Clark & Dunbar, 2003). Les résultats peuvent varier</p>

	<p>entre 14 et 70. Le plus haut score signifie une bonne/haute perception au niveau du soutien.</p> <p>L'anxiété a été évaluée par « <i>The State-Trait Anxiety Inventory</i> » contenant 20-items (Spielberger, Gorsuch, Lushenen, Vagg & Jacobs, 1983). Dix items sont exprimés positivement et dix sont exprimés négativement. Les résultats vont de 20 à 80. Un score élevé indique un taux élevé d'anxiété.</p> <p>L'adhérence aux traitements médicamenteux a été évalué par « <i>the self-Reported Medication-Taking Scale</i> » « ayant quatre items (Morisky, Green & Levine, 1986). Un score élevé indique une faible adhérence.</p> <p>L'évaluation de l'activité physique a été évaluée par « <i>The Do You Have a Healthy Heart scale</i> » (Program Acti-Menu, 2003). la question était : En général, combien de jours par semaine vous avez une activité physique d'au moins trente minutes ?</p> <p>Le régime alimentaire sain a été évalué par « <i>the Are You Eating Healthy scale</i> » (Program Acti-Menu, 2005). Cette échelle contient 20 questions. Un score élevé indiquait une bonne qualité du régime alimentaire. Aucune étude n'a établi la validité de cette échelle.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participants ont été aléatoirement partagé en deux groupes (le groupe expérimental et le groupe contrôle). Le groupe expérimental a reçu une intervention supplémentaire aux soins habituels de l'hôpital et le groupe contrôle a reçu les soins habituel jusqu'à leur sortie de l'hôpital.</p> <p>L'intervention (pour le groupe expérimental) a nécessité trois rencontres. Un membre de la famille était invité (sans obligation) à participer à ces trois rendez-vous.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La première était en entretien face à face avant la sortie de l'hôpital. L'objectif de cette première rencontre était d'aborder avec le patient le thème de la gestion des symptômes et de l'activité physiques après leur sortie de l'hôpital, leur compréhension de la maladie, leurs inquiétudes, préoccupations • La deuxième était un appel téléphonique trois jours après la sortie de l'hôpital. L'objectif de cette deuxième rencontre se focalisait sur la condition clinique du patient, la capacité à gérer la maladie, et d'autres inquiétudes (par exemple, les modifications des facteurs de risque). • la troisième était soit un appel téléphonique ou une rencontre à l'hôpital dix jours après la sortie. L'objectif de la dernière rencontre était d'aborder les thèmes des facteurs de risque (sédentarité, obésité, non-adhérence aux traitements, alcool, stress) et des modifications du mode de vie, ainsi que la participation à un programme de rééducation. Les infirmières ont aussi parlé avec le patient de leurs éventuelles difficultés face à ces modifications afin d'augmenter les perceptions positives et de diminuer les barrières à une rééducation. Ces thèmes n'ont pas été abordés plus tôt car durant les premiers jours après un SCA, l'objectif doit plutôt se centrer sur le management des symptômes cliniques et sur la récupération plutôt que sur la gestion des facteurs de risques qui repose plutôt sur un modèle bien établi et qui demande du temps. Basé sur l'expérience clinique, il était prévu que lors de la troisième rencontre, la plupart des préoccupations concernant la sortie de l'hôpital étaient apaisées et qu'ainsi les patients étaient plus prêts à accepter l'idée de participer à un programme de rééducation.
Résultats	
Présentation des résultats	<p>88% des patients du groupe expérimental ont participé aux trois rencontres planifiés. Les épouses ont été invitées à participer mais il n'y avait aucune obligation. 69 épouses (57%) du groupe expérimental ont participé au moins à une des trois rencontres (41 à une rencontre et 10 à toutes les rencontres).</p>

	<p>La moyenne de temps (minute) pour ces rencontres étaient de : 37.3 pour la première, 31.4 pour la deuxième, 54.3 pour la troisième. (pour les trois rencontres : 30 à 240 minutes.)</p> <p>Lors de la première rencontre, presque la moitié des participants avait des inquiétudes concernant la gestion des symptômes (par ex : quand est-ce qu'ils doivent prendre la nitroglycérine pour réduire les douleurs de poitrine) et des éventuelles complications. D'autres inquiétudes sont ressorties telles que la reprise d'une activité physique, la prise de nouveaux médicaments. Les inquiétudes concernant la famille, le côté financier ou le travail sont apparues moins fréquemment. La plupart des patients ont une connaissance adéquate de leur diagnostic soit en utilisant des termes spécifiques (ex : infarctus du myocarde) ou en utilisant un langage plus populaire (ex : crise cardiaque). Beaucoup de patients voulaient modifier leur facteurs de risque (alimentation : n= 101 ; activité physique : n= 51 ; tabac : n= 38 ; obésité : n=34). Ces chiffres étaient similaires lors des trois rencontres.</p> <p>Les symptômes les plus communs après le retour à domicile étaient la fatigue, ecchymose, toux, vertiges, douleurs à la poitrine, essoufflement. Basé sur le jugement clinique de l'infirmière, les interventions comportaient aussi un soutien émotionnel (normalisation, écoute et réconfort), un soutien cognitif (recadrage, conseils cliniques, avertissement, suggestions) et un renforcement des ressources internes et externes du patient.</p>
Résultats trouvées	<ul style="list-style-type: none"> Premier résultat concernant l'inscription à un programme de rééducation: <p>Le taux d'inscription dans un programme de rééducation était significativement plus élevé dans le groupe expérimental (45%) que dans le groupe contrôle (24% ; $P < .001$)</p> <p>Le temps entre la sortie de l'hôpital et la première visite pour l'inscription à un programme de rééducation s'étend de 5 à 42 jours (moyenne : 20.04 jours).</p> <p>Des variables (telles que le sexe, si la personne vit seule, le BMI, une inactivité physique, l'hypertension) ont été prises en compte dans l'analyse des deux groupes. De plus, d'autres variables suggérées dans la littérature (avoir une voiture, la distance entre le domicile et le centre de rééducation, le statut professionnel, l'éducation, antécédents de maladie cardiovasculaire) et pouvant avoir une influence sur l'inscription à une rééducation ont également été prises en compte.</p> <ul style="list-style-type: none"> Deuxième résultat (la perception de la maladie, le soutien familial, le niveau d'anxiété, les facteurs de risque) : <p>La perception de la maladie était le seul thème qui différait entre le groupe expérimental et le groupe contrôle mais seulement pour la catégorie du « contrôle perçu » (« perceived control »). Bien que significative, la différence est petite et avec une faible importance clinique. Il n'y avait pas d'autres différences visibles dans les autres catégories de « IPQ-R » ou dans les autres thèmes (soutien familial, anxiété, l'adhérence aux traitements, activité physique, tabagisme, BMI, régime alimentaire).</p>
Discussion	
	<p>Les résultats montrent presque un doublement des inscriptions à une rééducation dans le groupe expérimental comparé au groupe contrôle. Dans cette étude, les personnes qui ont menées les interventions étaient des infirmières (<i>practice nurses or nurses supervising practice nurses</i>). Elle montre qu'une intervention infirmière peut fournir un avantage significatif. Les interventions menées dans cette étude étaient basées sur la théorie de l'autorégulation de Leventhal se centrant sur les modifications des perceptions de la maladie. Une petite mais significative augmentation a été trouvée au niveau du contrôle perçu dans le groupe expérimental. Cela pourrait être une explication possible pour expliquer l'augmentation des inscriptions à un programme de rééducation. Aucune autre différence au niveau de la perception de la maladie n'a été perçue entre les deux groupes. Cela peut être dû au fait que : les mesures n'étaient pas assez sensibles pour percevoir des changements, que le lien entre la théorie et la pratique n'était pas assez fort, que les interventions étaient individualisées et basées sur les besoins et inquiétudes de la personne. D'autres mécanismes ont aussi pu augmenter la participation. Dans cette étude, il a été décidé</p>

	<p>de ne pas se centrer sur le fait d'encourager la participation à des programmes de rééducation avant la troisième rencontre. C'est peut être un facteur qui a joué un rôle dans le résultat de l'intervention.</p> <p>Aucun effet n'a été trouvé sur les facteurs de risque. L'objectif de l'intervention était de motiver les patients à s'inscrire dans un programme de rééducation avec des conseils d'interventions et ne visait pas spécialement à une modification des facteurs de risque qui demande des interventions plus spécifiques comme par exemple « a motivational interviewing and cognitive behavioral strategies » (Bailey Merz et al. 2009).</p> <p>L'objectif de ce projet était d'augmenter la volonté des patients à s'inscrire dans un programme de rééducation.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Cette approche offre un moyen clinique d'aborder les inquiétudes que les patients ont après une maladie cardiaque. Les infirmières sont sur la première ligne pour fournir des soins aux patients souffrant de maladie cardiaque et ont besoin de telles recherches pour fonder leur jugement pratique. Cette étude est un exemple qui montre comment des connaissances scientifiques combinées avec l'expertise clinique peuvent contribuer à de meilleurs résultats pour le patient.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> Les critères d'inclusion étaient limités à une petite proportion de la population générale se trouvant dans une unité de soins coronariens. Seules les personnes ayant un syndrome coronarien aigu pouvaient participer car des patients en attente d'un pontage coronarien ou souffrant d'une autre maladie ont été exclus car les questions de rééducation sont différentes. <p>Peu de femmes ont participé à l'étude (n=35, 15%) à cause d'incapacité physique (trop malade) ou parce que le diagnostic final n'était pas un SCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> La rééducation est très dépendante de la disponibilité et de la proximité d'un centre de rééducation. Ces centres sont de plus en plus disponibles mais peuvent être liés à des problèmes de coûts et de calendrier pour le patient (Juneau, Desgagné & Poirier, 2010). L'inscription à un programme de rééducation ne veut pas dire adhésion. La personne devait au moins aller une fois au centre de rééducation. Il n'y a pas de données collectées sur la fréquentation à long-terme, sur les effets à long terme de cette intervention sur, par exemple, la mortalité ou autres complications. Des études supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine. L'adoption de cette intervention par les infirmières de l'unité de soins coronariens n'a pas été évaluée.
Titre	Group support for couples coping with a cardiac condition
Auteur	Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. & Weld-Viscount, P.
Année / source	Journal of Advanced Nursing, 2001, 33,190-199
Résumé	Mots-clés : myocardial infarction, spouse, survivors, support intervention, support group, peer, professional
Introduction	

<p>Enoncé du problème/but</p>	<p>Le but de cette étude était de créer, mettre en pratique et évaluer l'effet d'une intervention de groupe de soutien (« support group intervention ») (incluant les patients, les conjoints, les professionnels et des personnes ayant eu un infarctus du myocarde il y a quelques années) sur les personnes ayant subi récemment un premier infarctus du myocarde et leurs conjoints.</p> <p>Dans cette étude, les perceptions des participants et des conseillers sur le processus et l'effet de l'intervention de groupe de soutien sont décrits. Elle fait partie d'un programme de recherche se centrant sur le soutien social.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Des recherches ont démontré la contribution positive du soutien social, notamment celui du conjoint dans le rétablissement des personnes avec des troubles cardiaques tel qu'un infarctus du myocarde. Malgré l'importance du soutien du conjoint pour la personne ayant subi un infarctus du myocarde, il n'a eu aucun rapport d'interventions qui ont testé l'efficacité du soutien venant soit des conjoints soit des professionnels pour les couples faisant face à un infarctus du myocarde.</p> <p><u>Stress de la maladie cardiaque :</u></p> <p>Plusieurs facteurs stressants sont vécus par les personnes avec des troubles cardiaques comme par exemple, des problèmes interpersonnels, financiers, professionnels ainsi que des obstacles aux traitements (Bennett, 1992 ; Lesperance, Frasure-Smith & Talajic, 1996).</p> <p>Le besoin continu de soutien dans les maladies chroniques peut être une charge pour la famille (aidants naturels) et épuiser les ressources qui contribuent au soutien (Coyne & Fiske, 1992). Le conjoint peut être profondément affecté par l'infarctus du myocarde de l'autre et souffrir aussi d'anxiété et de dépression, ce qui freine le rétablissement de la personne malade (Coyne & Smith, 1991 ; Beach, Maloney, Plocica, Sherry, Weaver, Luthringer & Utz, 1992).</p> <p><u>Faire face à la maladie cardiaque :</u></p> <p>Selon une étude de soins infirmiers, les personnes utilisent diverses stratégies pour reprendre le contrôle et réduire le stress lié à l'infarctus, notamment en cherchant du réconfort et des informations de la part des soignants (Johnson & Morse, 1990). Ils utilisent pour cela, l'optimisme, la confrontation, l'indépendance pour faire face à l'infarctus.</p> <p>Il existe des liens entre l'adaptation des conjoints et de la personne malade (Coyne et al., 1991).</p> <p><u>Le soutien social et la maladie cardiaque :</u></p> <p>Il existe des preuves qui montrent que le soutien social modifie les comportements de santé qui permettent de diminuer les facteurs de risque et ont un effet direct sur le rétablissement de la personne (Rodeman, Conn & Rose, 1995 ; Alonzo & Reynolds, 1996). L'encouragement (soutien émotionnel) et le soutien pratique ont été liés à l'estime de soi et à la maîtrise après un infarctus (Ben-Sira & Eliezer, 1990). Le soutien instructif influence l'adaptation et réduit le stress (Helgeson, 1993). Dans une autre étude, le soutien social prédisait la perspective de santé des personnes ayant eu un premier infarctus (Riegel & Dracup, 1992).</p> <p>Une recherche révèle que la présence et le soutien du conjoint retardaient la mortalité (Williams, Barefoot, Califf, Haney, Sauders, Pryor, Hlatky, Siegler & Mark, 1992) et influençaient le rétablissement après un infarctus (Coyne et al., 1991 ; Beach et al., 1992). Le soutien du conjoint améliore l'adaptation émotionnelle</p>

	<p>et cognitive, l'estime de soi, la maîtrise, l'adaptation face à des limitations physiques, les comportements réduisant les facteurs de risque et la diminution du stress chez la personne avec l'infarctus (Frasure-Smith, 1991). Malgré le rôle important que joue le conjoint, peu d'étude ont inclus les conjoints dans la rééducation cardiaque.</p> <p><u>Intervention de soutien :</u></p> <p>Les professionnels de la santé utilisent souvent des interventions de soutien et éducatives (Frasure-Smith, 1991 ; Thompson, 1991). Par exemple, un programme qui inclut des appels téléphoniques réguliers ou des visites à domicile par les infirmières augmentent la confiance, l'adaptation et la satisfaction de soins de la personne (Kelling & Dennison, 1995 ; Linden, 1995). Les groupes de soutien créés spécialement pour les personnes ayant eu un infarctus et leurs conjoints avec la participation des soignants n'ont pas été testés dans des recherches d'intervention.</p> <p>Après un infarctus, les couples doivent s'adapter à de nouvelles routines et restrictions.</p> <p>Le soutien social, comme ressource d'adaptation « <i>coping</i> », a un effet direct ou indirect sur la santé, les comportements de santé et l'utilisation des services de soins (Bloom, 1990). Le soutien social a été conceptualisé comme une interaction avec le réseau naturel du couple, de la famille, des amis et des professionnels (Stewart, 1993). Une relation intime (de couple) est un soutien social puissant (Thoits, 1995). Le soutien peut modérer les effets des facteurs stressants sur la santé et sur le fonctionnement. Une maladie chronique, telle qu'une maladie cardiaque, peut épuiser les ressources de soutien et conduire à un éloignement du réseau social. Le soutien du réseau social peut être aussi bien un élément positif que négatif (Rook, 1990). Les effets négatifs peut être une implication excessive et une charge pour la personne aidante (par ex. le conjoint) et diminuer l'estime de soi pour la personne qui reçoit les soins (par ex. le patients) (LaGaipa, 1990).</p> <p>Trois processus peuvent apparaître dans les groupes de soutien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La comparaison sociale : Elle permet aux personnes vivant la même expérience de valider et normaliser leur situation de vie ou leur adaptation après l'infarctus. 2) L'échange social : la théorie de l'échange social indique que le soutien peut entraîner des bénéfices ou des sacrifices autant pour la personne aidante que pour la personne malade. Souvent les aidants naturels lors d'une maladie chronique vivent un manque de réciprocité avec les autres membres de la famille, les amis et la personne malade. Les groupes de soutien sont caractérisés par la réciprocité des échanges (Gottlieb, 2000). 3) L'apprentissage social : La théorie de l'apprentissage social souligne que les perceptions des personnes au niveau de leur capacité/auto-efficacité « <i>self-efficacy</i> » influencent leur confiance en leur capacité d'atteindre les objectifs (Bandura, 1992). L'apprentissage social permet d'améliorer nos connaissances et de s'identifier aux autres personnes qui vivent la même situation (Borkman, 1990).
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique décrit
Question de recherche / hypothèse	<p>Questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels types et sources de soutien sont offerts au travers de ces interventions de groupe pour les couples

	<p>qui doivent gérer un récent infarctus du myocarde ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels étaient les processus de médiation présents durant les discussions de groupe ? - Quelles étaient les perceptions des participants sur les effets de l'intervention de groupe ? - Quels sont les facteurs qui influencent les impacts de ces interventions de groupe ?
Méthodes	
Devis de recherche	Étude pilote (devis mixte)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Population <ul style="list-style-type: none"> - 28 personnes ont participé au groupe de soutien. Dans les 14 couples présents, il y avait seulement une femme dans les patients. • Caractéristiques <ul style="list-style-type: none"> - tranche d'âge : entre 42 et 71 ans (moyenne d'âge= 57 ans) pour les patients et entre 40 et 66 ans (moyenne d'âge= 56 ans) pour les conjoints. - 36 % des participants avaient un emploi ; 64% étaient soit à la retraite ou sans emploi • Critères d'inclusion pour les patients : <ul style="list-style-type: none"> - hommes ou femmes récemment sortie de l'hôpital (<6mois) avec un premier infarctus du myocarde sans complications - âgés entre 40-70 ans - vivant en couple - n'ayant pas participé récemment à un groupe de soutien pour les personnes en post-infarctus - L'étude a été limitée aux patients avec un premier infarctus du myocarde pour garantir une certaine homogénéité et se centrer sur ce temps d'incertitude et de transition après l'infarctus • Critères d'exclusion <ul style="list-style-type: none"> - patients avec des infarctus du myocarde avec complications - ayant un diagnostic à la sortie de l'hôpital d'insuffisance cardiaque, de bloc atrio-ventriculaire, de fibrillation ventriculaire ou tachycardie, d'embolie cérébrale, d'embolie rénale - conjoints avec une maladie cardiaque chronique .Pays : Canada

	<p><i>Composition des couples (=participants) :</i></p> <p><i>-le patient= la personne (homme ou femme) ayant eu l'infarctus du myocarde</i></p> <p><i>-le conjoint= personne (homme ou femme) en couple avec la personne malade</i></p>
Déroulement de l'étude	<p>Intervention :</p> <p>La durée de l'intervention était limitée (à environ une heure par semaine pendant 12 semaines) afin d'assurer la comparabilité de l'intervention entre les différents groupes. Les participants ont été partagés en cinq groupes : Un groupe avec deux couples et quatre groupes avec trois couples (en moyenne six participants par groupe). La plupart des participants ont participé à toutes les séances.</p> <p>Les thèmes étaient basés sur les facteurs stressants communs vécus par les patients et par les conjoints. Les discussions de groupe étaient complétées par différentes techniques et ressources selon le thème (par ex. jeu de rôle, invités externes, « focussed group discussion », exercices de groupe...). Les participants ont dû, lors de la première séance, déterminer des thèmes (qui peuvent être variés durant les séances).</p> <p>Ces groupes d'intervention étaient animés par des animateurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Des professionnels (=animateurs professionnels) (infirmiers, travailleurs sociaux, psychologue) ayant l'habitude de travailler avec des personnes souffrant de maladies cardiaques ou dans les soins communautaires. 2) Des « peers » (=animateurs peers). Ce sont des couples dont un des conjoints a eu un infarctus du myocarde il y a au moins une année. Ils ont été choisis par l'équipe de recherche. Beaucoup d'entre eux étaient engagés dans des associations. <p>La collaboration des professionnels avec les « peers » permettait un juste équilibre entre les connaissances des professionnels (par ex. donner des informations sur la maladie, traitements...) et l'expérience des « peers » (soutien au niveau des stratégies d'adaptation...).</p> <p>Tous les animateurs ont eu un jour d'entraînement se focalisant sur les stratégies permettant de créer des partenariats entre les animateurs et de mobiliser les échanges affectifs, instructifs entre les membres du groupe. Ils ont aussi traité le sujet du fonctionnement familial et des relations au sein du couple et des stratégies ont été identifiées afin d'aider les personnes/couples qui avaient besoin de soutien supplémentaire. Ils ont aussi appris à retranscrire les discussions.</p> <p>Les thèmes abordaient les stratégies d'adaptation ou le soutien nécessaire ou disponible lors de situation stressante rencontrée par les patients ou les conjoints :</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Hospitalisation II. Changement au niveau du mode de vie III. Relations avec les professionnels de la santé IV. Impact la vie quotidienne (par exemple au niveau social) V. Changement des rôles (rôle du « malade », rôle du soignant pour les aidants naturels) VI. Retour au travail VII. Contraintes économiques VIII. Impact émotionnel de la maladie IX. Intimité X. Conflits et dépendance <p>Les informations de ces dix thèmes ont été basées sur la littérature et sur des feedback d'un « focus groupe » effectué avec quatre couples ayant vécu l'expérience d'un infarctus du myocarde dans le passé (ces quatre couples ne font pas partis de cette études).</p>

	<p>Durant les groupes de soutien, ils ont utilisé des supports tels que des jeux de rôle, des études de cas développées pour chaque sujet (distribuées avant chaque séance) ou la participation d'intervenants externes. Par exemple, après six semaines, des groupes ont invité des conférenciers pour développer les thèmes « du choix de la nourriture et sa préparation » et « exercices », « comment gérer son stress et éviter un « burn-out », « la communication ».</p>
Collecte des données et mesures	<p>Toutes les données ont été documentées (par des notes, des journaux faits par les participants, des interviews) ce qui a permis d'évaluer le processus de l'intervention et les perceptions des résultats obtenus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Après chaque rencontre, les animateurs rassemblaient leurs notes prises durant les séances en donnant une attention particulière aux thèmes discutés : stratégies d'adaptation suggérées, sources de soutien identifiées, facteurs qui ont influencé les discussions. ➤ Après chaque rencontre, les participants complétaient un journal contenant : l'importance du thème, leur contribution aux discussions, le rôle des animateurs, le processus de groupe de soutien ➤ A la fin de l'intervention, les couples ont dû répondre à un questionnaire. Celui-ci contenait 13 items et permettait d'évaluer l'intervention. <p>Puis, toutes les données écrites ont été analysées et catégorisées.</p>
Résultats	
	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de médiation au niveau du soutien : <p>trois processus de médiation ont été identifiés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La comparaison sociale (« <i>social comparison</i> ») : les participants ont mentionné la comparaison sociale comme un bénéfice de l'intervention. Les membres du groupe ont comparé les stratégies d'adaptation pour faire face aux professionnels de la santé, au changement du régime alimentaire, aux modifications des émotions et des activités. Se comparer avec d'autres personnes qui vivent la même situation permet aux participants de se rassurer sur leur manière de gérer, de « normaliser » et de valider leurs sentiments, de comprendre que leur situation de stress ou leurs réactions ne sont pas causées par certains manques personnels. Certains pensent que leur situation est moins stressante et qu'ils ont bien géré leur situation comparée à d'autres. Parfois, le manque de similitude (par ex. le fait d'être plus jeune que les autres, d'avoir d'autres responsabilités...) entre les membres empêche la comparaison et entrave la profondeur de la discussion dans certains groupes. La similitude des circonstances de la vie joue aussi un rôle important dans l'évolution du groupe. 2) Les échanges sociaux (« <i>social exchange</i> ») : les participants ont estimé qu'ils ont partagé des informations, verbalisé certaines inquiétudes ou certaines solutions. Il y avait un fort sentiment de réciprocité et d'égalité parmi les membres du groupe. 3) L'apprentissage social (« <i>social learning</i> ») : les participants ont eu l'occasion d'apprendre d'avantage sur eux-mêmes et sur leurs comportements au travers d'échanges de connaissances venants du vécu. Les participants ont appréciés l'esprit convivial dans lequel se déroulaient les échanges d'informations. L'observation des autres a permis aussi d'acquérir des connaissances sur eux-mêmes. <ul style="list-style-type: none"> • Les types de soutien social par les groupes. <p>Trois types de soutien ont été offerts par les groupes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Soutien instructif « <i>informational support</i> » : a été fourni au travers d'explications plutôt

	<p>scientifiques au sujet des causes de l'infarctus du myocarde, le pronostic, les effets secondaires des médicaments. Bien que ces explications semblent être plus favorables lorsqu'elles sont délivrées par les professionnels, l'animateur « peer » et les autres membres du groupe ont aussi été mentionnés comme des sources d'informations importantes. Des fiches (par exemple, sur la préparation des aliments, sur des techniques de relaxation) ont été transmises aux participants par les animateurs professionnels ou par des intervenants externes. Les animateurs « peer » ont fourni des informations sur la gestion des conflits, sur l'intimité, sur la relaxation, sur le régime alimentaire et le retour au travail. Les membres du groupe ont aussi partagé leurs stratégies d'adaptation</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) « <i>affirmational support</i> » : englobe le feedback positif et le sentiment de « normalisation ». Les membres du groupe, les animateurs « peer » et les intervenants externes ont fourni des feedback positifs sur les actions et les réactions. Les patients sont soulagés que leurs réactions émotionnelles sont communes ; ça les rassure de voir qu'ils ne sont pas tout seul. Les conjoints ressentent aussi le même sentiment. 3) Soutien affectif « <i>emotional support</i> » : Les types de soutien fournis par le groupe étaient l'écoute, le partage, la compréhension, le réconfort, la compagnie/l'amitié. Les participants ont trouvé que tout le monde avait l'opportunité de dire ce qu'il voulait. Les animateurs « peer » ont rassuré et donné l'espoir que la vie pouvait retourner à la normale. 4) Soutien fonctionnel (« <i>instrumental support</i> ») : ce type de support a été rarement mentionné. A une occasion, un transport a été organisé pour un des participants et une autre fois, un des participants à aider un autre à obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. <ul style="list-style-type: none"> • Les perceptions des résultats de l'intervention : <p>Durant l'interview post-intervention, 24 participants ont dit être complètement satisfaits avec le groupe de soutien et quatre étaient satisfaits de la plupart des aspects de l'intervention.</p> <p>Les participants mentionnent l'impact positif de cette intervention sur leur relation de couple, leur adaptation, leur confiance, leur perspectives.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Amélioration des relations avec le conjoint : Beaucoup de participants ont indiqué que le groupe avait un effet positif sur leurs relations avec leurs conjoints. L'opportunité d'entendre le point de vue du conjoint améliore la communication, la compréhension et l'acceptation. 2) Amélioration des stratégies : le soutien du groupe a influencé les stratégies d'adaptation en se centrant sur les émotions, les problèmes et les relations. Tous les groupes ont discuté sur les différents moyens de gérer les sentiments négatifs. <p>A la suite de l'intervention, certains participants ont réajusté leurs attentes et ont accepté leur situation plus facilement « <i>emotion-focused Coping</i> ». Près de la moitié des participants ont indiqué qu'ils avaient modifié leurs stratégies d'adaptation à la suite de l'information acquise durant l'intervention. Cette intervention a permis aux participants d'aller demander plus d'informations aux professionnels de la santé et d'apprendre à gérer les modifications du style de vie telles que la reprise du travail et d'assurer un équilibre entre les activités avant et après l'infarctus « <i>problem-focused coping</i> ». Les patients ont augmenté leur prise de responsabilités pour leur propre santé et soins ce qui est un grand bénéfice pour la relation de couple. Cette intervention a augmenté la prise de conscience de l'impact de l'infarctus du myocarde sur leur conjoint et ont pu discuter des problèmes relationnels « <i>relationship-focused coping</i> ».</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Augmentation de la confiance : Les participants ont indiqué qu'ils se sentaient plus en confiance au niveau du choix du régime alimentaire, du maintien de l'exercice physique, face au système de santé, de la gestion de la vie de tous les jours. Ils pensent que le soutien au niveau de l'information fournit au sein des groupes diminue les incertitudes et augmente leur sentiment de contrôle et d'efficacité. 4) 5) Changement de perspectives : L'intervention modifie les perspectives de vie et de la gestion de la maladie.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> Les facteurs influençant l'effet de l'intervention: <ol style="list-style-type: none"> La contribution des participants : le contenu des discussions était contrôlé par les participants Qualité des animateurs : Les animateurs professionnels ont aidé à lancer les discussions, à maintenir la cohésion du groupe, assurer que tout le monde puisse s'exprimer. Les animateurs « peer » ont encouragé les personnes à participer, ont transmis de la confiance et des informations sur les stratégies d'adaptation. Le management du groupe fluctuait entre les animateurs professionnels et « peer » qui travaillaient ensemble. La similarité des membres du groupe, la grandeur du groupe et la durée sont des éléments qui ont influencés l'effet de l'intervention. Certains participants ont pensé que certains membres du groupe avaient des expériences et des contextes trop différents. Les participants dans le plus petit groupe avaient des difficultés à maintenir une discussion et prétendaient qu'ils devaient assumer trop de responsabilités. Bien que les participants étaient d'accord que les études de cas étaient un point de départ pour les discussions, ils ont suggéré que ces exemples devraient être basés sur des personnes réelles. Servir de la nourriture semblait donner une ambiance positive pour les rencontres. Plusieurs animateurs et participants ont suggéré que les groupes de soutien continus plus que 12 semaines.
Discussion	
	<p>Les interventions documentées dans cette étude ont une implication pour la pratique infirmière. Avant le début de l'intervention, les patients et les conjoints ont constaté un soutien inadéquat au niveau de l'information de la part des professionnels de la santé et notamment de la part des infirmières. Un manque d'information par les professionnels peut-être préjudiciables (LaGaipa, 1990).</p> <p>Dans cette intervention, les animateurs professionnels (ex : les infirmières) ont offert un soutien au niveau de l'information alors que les animateurs « peer » et les membres du groupe ont assuré principalement un soutien affectif et « <i>affirmational</i> ». Les infirmières qui animent un groupe de soutien devraient encourager les comparaisons sociales et les échanges entre les membres. Dans ce groupe de soutien, la comparaison sociale a permis aux participants de se rassurer sur eux-mêmes et sur leurs réactions après l'infarctus. Cette intervention a renforcé l'importance de la similarité des participants dans un groupe. Il semble que parfois la similarité n'est pas suffisante : l'âge et le stade de vie semblent des éléments aussi importants dans la similarité. La réciprocité dans les relations avec les « peer » et les échanges mutuels ont été aussi définis comme des éléments importants. Les infirmières qui travaillent dans les milieux communautaires et hospitaliers et qui sont intéressées de créer un groupe de soutien pour les couples après un infarctus du myocarde pourraient encourager la similitude des expériences des membres et promouvoir les échanges. Le partenariat entre professionnels et « peer » a aussi été un élément clé dans la réussite d'une intervention infirmière avec les aidants naturels de personnes âgées ayant fait une attaque (Stewart, Hirth, Klassen, Makrides, & Wolf, 1997). Dans les soins de santé primaire, le rôle des infirmières change d'expert à partenaire une fois que le rôle du patient a changé de bénéficiaire passif à partenaire (Courtney, Ballard, Fauver, Gariota & Holland, 1996). Par conséquent, les infirmières dans les hôpitaux et dans les soins communautaires pourraient partager la direction des programmes de groupes de soutien pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et leur famille.</p> <p>Les interventions de soutien sont plus utiles lorsqu'elles améliorent le fonctionnement des rôles, développent des nouvelles compétences, permet de gérer le stress, réduisent l'isolation sociale (Barrera, 1991). Par rapport à cela, les participants de cette étude ont indiqué qu'ils se sentaient moins seuls et cette intervention augmentait leur confiance et leurs adaptations. Environ deux-tiers des couples ont indiqué avoir amélioré leur adaptation au niveau des « <i>problem-focused</i> » et des « <i>relationship-focused</i> » après le groupe soutien. Par exemple, une stratégie d'adaptation était d'augmenter les capacités de demander des informations aux personnels soignants. La recherche de soutien a été liée à une plus grande disposition et qualité du soutien reçu (Silver, Wortman & Crofton, 1990). La recherche de soutien est une stratégie employée pour faire face, avec succès, à un infarctus du myocarde (Stewart et al., 1997). Après</p>

	<p>l'intervention, certains couples ont mentionné avoir un « engagement plus actif » ; ils pouvaient parler plus ouvertement avec leur conjoint. 70% des couples pensent que cette intervention a un effet positif sur leur relation de couple. Les interventions infirmières ont généralement pour but de donner le pouvoir aux patients et à sa famille et de promouvoir les compétences (Reutter & Ford, 1997).</p> <p>Durant l'interview post-intervention, presque la moitié des conjoints et des patients ont mentionné que leur sens de contrôle avait augmenté. Le sens de contrôle que perçoit le patient est lié à l'adaptation, à la confiance et de l'acceptation d'une certaine forme de dépendance aux aidants naturels (Thompson, Ersser & Webster, 1995). Les mécanismes par lesquels le sens du contrôle influe sur le comportement de santé sont très complexes. Il y a peu de recherche sur le sens de contrôle des conjoints (Lewis & Rook, 1999).</p> <p>Selon les patients et leurs conjoints, le soutien de groupe augmente leur efficacité perçue de faire des changements au niveau de leur style de vie et de leurs comportements. L'apprentissage social pourrait être un facteur favorisant cela.</p> <p>Il n'existe aucune documentation dans la littérature sur un groupe de soutien testé pour les couples.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Les infirmières et les autres professionnels étaient satisfaits du succès du groupe soutien pour les couples qui doivent gérer une maladie cardiaque et de la collaboration avec les « <i>peer</i> ». Le groupe a fourni un soutien affectif, instructif et « <i>affirmational</i> ». L'apprentissage et la comparaison sociale étaient des processus très répandus. Les participants ont trouvé que cette intervention avait un effet positif sur leur adaptation, leur confiance, leur sens du contrôle et sur leur relation avec leur conjoint.</p> <p>Une étude randomisée contrôlée avec un grand échantillon pourrait amener plus de précision sur l'effet potentiel d'un groupe soutien sur la confiance, les stratégies d'adaptation et le soutien social pour les personnes ayant eu un infarctus et leur conjoint. De plus, les infirmières pourraient développer et tester des interventions similaires qui reconnaissent les besoins de soutien des personnes avec une autre maladie chronique et de leur famille.</p>
Titre	Individualisierte Schulung und Beratung auf der Intensivpflegestation bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Ein Pilotprojekt zur Forschungsanwendung (Needs-oriented education for patients with acute coronary syndrome)
Auteur	Weibel, L., Schäfer, U.B. & Imhof, R.M.
Année / source	Pflege, 2009; 22: 165–171 (édition Verlag Hans Huber)
Introduction	
Enoncé du problème/but	L'objectif de cette étude était de tester une intervention basée sur la transmission de connaissances orientée sur les besoins « <i>Bedürfnisorientierte Wissensvermittlung</i> » et de répertorier systématiquement, à l'aide d'un questionnaire, les besoins d'informations des patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu (SCA) afin de savoir si à l'avenir, tous les patients pourraient profiter de ce moyen de transmission de

	connaissances.
Recension des écrits	<p>Les douleurs, la peur ainsi que l'insécurité du futur bouleversent souvent l'image de soi du patient. Ces éléments peuvent favoriser l'émergence d'un déficit de connaissances. Des études montrent, que les patients hospitalisés en raison d'un syndrome coronarien aigu, ont fréquemment un manque de connaissances sur leur maladie, les facteurs de risques ou sur les changements de mode de vie recommandés (Haugbolle, Sorensen & Henriksen, 2002 ; Moser, Dracup & Marsden, 1993 ; Baberg, Uzun, de Teeuw, Sinclair, Bojara & Mügge, 2005).</p> <p>Le manque de connaissances est défini comme un manque ou l'absence d'informations spécifiques nécessaires pour le patient et son entourage qui lui permettront de prendre des décisions concernant son état de santé, son traitement et des changements de mode de vie (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2002). On peut reconnaître un manque de connaissances lorsque les patients doivent décrire leur maladie avec leurs propres mots (Alm-Roijer, Stagmo, Uden & Erhardt, 2004 ; Redfern, Ellis, Briffa, Freedman, 2007).</p> <p>En dehors de l'entretien avec les médecins, les soignants doivent aussi fournir des informations aux patients et à leurs familles pour leur permettre de comprendre les soins et les traitements (SBK, 1990).</p> <p>Des programmes de formation ont démontré qu'ils avaient une influence positive sur les changements des facteurs de risques chez les patients avec une maladie coronarienne (Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman & Kraaij, 1999).</p> <p>Avec les nouvelles thérapies, la durée d'hospitalisation est devenue plus courte, ce qui demande au patient de comprendre très rapidement sa situation, d'assimiler les informations sur leur maladie déjà à l'hôpital et de se décider d'une rééducation en ambulatoire ou en stationnaire. Il est donc important de mettre rapidement à disposition les informations et connaissances nécessaires pour permettre aux patients de se gérer seul et d'améliorer leur vie quotidienne.</p> <p>Une vaste revue de littérature montre qu'il n'y a pas une méthode idéale pour transmettre des connaissances (Otherhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006 ; Strömberg, 2005). Détecter les besoins individuels de connaissances des patients s'avère être important car les besoins d'informations peuvent différer entre les patients, les soignants et le corps médical (Jourdain, Funk, Bellorini, Tessier, Lejeune & Loiret, 2007 ; Timmins & Kaliszer, 2003 ; Karlik & Yarcheski, 1987).</p> <p>Dans la pratique actuelle d'un hôpital universitaire suisse, les patients sont, après une coronographie ou d'une angiographie, placés dans un service de soins intensifs pour être sous surveillance. Beaucoup restent dans ce service environ 48 heures, puis sont transférés dans un service de soins avant de rentrer à la maison. Ce processus oblige le personnel soignant de préparer le patient dans un très court laps de temps, à sa sortie de l'hôpital (Smith & Liles, 2007).</p> <p>Les informations données résultent souvent de l'évaluation personnelle des soignants et non d'une évaluation systématique du besoin d'information. Dans le meilleur des cas, le contenu de l'information est appuyé par des brochures informatives (par exemple, « Herzhaft Gesund ») (Schweizerische Herzstiftung, 1999).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre conceptuel décrit
Question de recherche /	Pas décrit

hypothèse	
Méthodes	
Devis de recherche	Projet pilote (devis mixte)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population : 10 personnes (5 femmes et 5 hommes) souffrant d'un syndrome coronarien aigu. Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - étant dans un état stable (pas de douleurs, pression artérielle stable entre 90 et 160, fréquence cardiaque de plus de 50 par min, pas de troubles du rythme). - ayant une connaissance suffisante de la langue allemande pour écrire et parler Caractéristiques : <ul style="list-style-type: none"> - âgés entre 38 et 78 ans (moyenne 71,5 ans) - les hommes étaient en moyenne 20 plus jeunes que les femmes Contexte : Ce projet a été mené dans un service de soins intensifs de cardiologie d'un hôpital universitaire de Suisse où il y a plus de 700 patients par année souffrant d'un SCA. <p>Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Instruments de mesure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiac patients learning needs inventory (CPLNI) : questionnaire pour évaluer les besoins d'apprentissage/ de connaissances, divisé en huit domaines (Turton, 1998 ; Gerard & Peterson, 1984). <ol style="list-style-type: none"> I. Anatomie et physiologie II. Facteurs psychologiques III. Médicaments IV. Régime alimentaire V. Activité physique VI. Symptômes VII. Autres <p>Il contient 37 questions. Les patients ont dû évaluer chaque question sur une échelle allant de 1 (pas important) à 5 (très important). De plus, les résultats de chaque question du même domaine ont été</p>

	<p>additionnés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Un autre questionnaire a été créé pour évaluer l'intervention. Il contenait 13 questions dont par exemple, la satisfaction des patients, l'acquisition subjective de connaissances, la qualité de l'intervention et des réponses reçues, la compréhension du questionnaire. Parmi ces questions, sept réponses étaient à choix multiple, trois étaient des réponses libres (texte libre) et trois réponses devaient être répondues par oui ou par non.
Déroulement de l'étude	<p>L'intervention se déroulait en trois étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> La première étape s'effectuait durant les premières 24 heures qui suivent l'entrée des patients à l'hôpital. Après un entretien avec le médecin et ayant donné leur accord pour participer à la recherche, les patients ont reçu une brochure « <i>Herzhaft Gesund</i> » (schweizerische Herzstiftung, 1999) qui donne une vue d'ensemble sur les maladies cardiovasculaires. En supplément de cette brochure, les patients ont reçu le questionnaire « CNPLI » qui permettait d'évaluer les besoins en information. Les patients pouvaient remplir leur questionnaire lorsqu'ils le désiraient (durant les 24 heures). Un entretien a été convenu avec le patient pour discuter sur les questions posées Durant les deuxièmes 24 heures de leur hospitalisation, les patients ont reçu les informations considérées importantes dans les résultats du questionnaire. Cet entretien a duré environ 40 minutes. Pour répondre aux questions, les auteurs de la recherche se sont aidés d'un livre. Après l'entretien, les soignants ont évalué l'intervention. La plupart des patients étaient déjà à ce moment-là, transférés dans un service de médecine.
Résultats	
	<ul style="list-style-type: none"> Les entretiens ont duré en moyenne plus longtemps chez les femmes que chez les hommes. Résultats sur les besoins d'informations : <ol style="list-style-type: none"> Anatomie et physiopathologie du cœur La gestion des symptômes Les facteurs de risques Les activités physiques Autres Informations sur le régime alimentaire Les facteurs psychologiques Informations sur les médicaments Les cinq premières questions étaient plus d'ordre fonctionnel. Il y avait aussi des questions au sujet du futur par exemple concernant le contrôle sur la maladie. <p><u>Evaluation de l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La majorité des patients était satisfait de l'intervention et de sa qualité Les patients étaient d'avis que cette forme de transmission des connaissances/ d'éducation pouvait leur être bénéfique et qu'avec cette intervention leurs connaissances avaient augmenté. La majorité des patients a apprécié le fait que quelqu'un leur ait consacré du temps L'appui du livre pour répondre aux questions a été jugé positif car les images aidaient à se représenter les choses clairement Le questionnaire « CPLNI » n'a pas été vécu comme une surcharge et n'a pas été perçu comme ennuyant Environ 2/3 des patients ont indiqué que leur maladie leur paraissait plus claire au fil de l'intervention Les participants ont rapporté avoir eu peu de problèmes à comprendre les questions. Tous sauf un ont compris rapidement toutes les questions. Ils trouvaient le questionnaire court et précis, tous Certaines questions n'ont pas été traitées :

	<p>- 4,3% des questions chez les femmes n'ont pas eu de réponses</p> <p>-20,5% des questions chez les hommes n'ont pas été traitées</p> <p>La majorité des patients était satisfaits des réponses données. Un participant a indiqué n'avoir rien appris de nouveau et un autre a indiqué qu'il n'avait pas eu de réponses à ces questions. En général, les hommes étaient plus critiques que les femmes sur la qualité des réponses reçues</p>
Discussion	
	<p>Les patients ont été en mesure, durant la première phase d'hospitalisation, d'exprimer individuellement leurs besoins d'informations, ce qui prouve que la transmission des connaissances orientée sur les besoins individuels est possible (Otherhals et al., 2006). Les résultats montrent que les dix participants ont trouvé le questionnaire « CPLNI » compréhensible. Ils ont décrit une augmentation de leurs connaissances subjectives, qui pourrait, selon eux, améliorer la gestion de soi. Mais cela n'a pas été prouvé.</p> <p>Une différence entre les deux sexes au niveau des besoins d'informations a été aperçue. Ce phénomène a déjà été relaté dans la littérature (Jensen & Moser, 2008) mais des explications supplémentaires sont encore nécessaires.</p> <p>Les patients, au travers des questions, ont été sensibilisés à des thématiques qu'ils n'auraient pas forcément abordés eux-mêmes.</p> <p>La crainte que les patients ne se tournent seulement vers les « sujets simples » ou vers des thématiques déjà connues ne s'est pas vérifiée. Au contraire, les participants se sont montrés curieux.</p> <p>Il paraissait important que les patients puissent choisir eux-mêmes le moment pour remplir le questionnaire. Les doutes que le moment de l'intervention n'était pas optimal n'ont pas été corroborés.</p> <p>La satisfaction des patients a été favorisée par l'ensemble de l'intervention et particulièrement par l'engagement des auteurs et par le temps mis à disposition.</p> <p>Il serait nécessaire de savoir ce qu'une intervention similaire avec un plus grand échantillon représenterait comme effort pour le personnel soignant.</p> <p>Les besoins d'informations changent au cours de l'hospitalisation et de la rééducation. Les participants ont indiqué qu'ils seraient prêts à remplir le questionnaire « CPLNI » une nouvelle fois, ce qui indiquerait que l'évaluation sur les besoins d'informations pourrait continuer durant la période de rééducation et pourrait aider à fournir des renseignements importants pour les consultations et l'éducation aux patients.</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>La transmission des connaissances orientée sur les besoins constitue un élargissement de la pratique soignante et demande de la part des soignants des connaissances professionnelles et de l'engagement. Bien que cette intervention demande du temps, les observations effectuées montrent qu'elle est bénéfique même à ce stade précoce d'hospitalisation. Elle donne accès aux patients aux connaissances essentielles en lien avec leur maladie et montrent l'influence qu'ils ont sur celle-ci.</p> <p>En raison des résultats positifs, les auteurs réfléchissent à étendre cette intervention à tous les patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu. Une prochaine étude devra examiner les différences du besoin d'informations liées au sexe.</p>

Titre	Evidence that the brief symptom inventory can be used to measure anxiety quickly and reliably in patients hospitalized for acute myocardial infarction
Auteur	Abu Ruz, M., Lennie, T.A, Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. & Moser, D.
Année / source	Journal of cardiovascular nursing, 2010, vol.25, No 2, 117-123
Résumé	Mots-clés : acute myocardial infarction, anxiety, Brief Symptom Inventory, validity and reliability
Introduction	
Enoncé du problème/but	<p>Les objectifs de cette étude est :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) de déterminer la fiabilité du « <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) » comme un moyen de mesurer l'anxiété chez des patients admis à l'hôpital pour un infarctus du myocarde 2) de fournir la preuve de la validité des critères et de la construction du « BSI » lorsqu'il est utilisé avec des patients admis pour un infarctus du myocarde. <p>Pour évaluer la validité des critères, ils ont comparé « the BSI » avec « the <i>Spielberger State Anxiety Index</i> (SAI) », étant une norme de référence pour mesurer l'anxiété. Pour l'évaluation la validité de la construction, ils ont testé à partir de relations connues, à savoir que l'anxiété prédirait un niveau plus élevé de complications durant l'hospitalisation chez des patients avec un infarctus du myocarde (Moser, Riegel, McKinley, Doering, An & Sheahan, 2007) et que les patients avec un niveau élevé de contrôle perçu « <i>perceived control</i> » auraient un plus faible niveau d'anxiété (ibid., 2007). Si « the BSI » a une validité de construction adéquate, il devrait être possible de démontrer un lien entre l'anxiété et les complications à l'hôpital et un lien entre le contrôle perçu et l'anxiété.</p> <p>Cette étude permet d'examiner les liens entre l'anxiété et les complications chez des patients admis pour un infarctus du myocarde.</p>
Recension des écrits	<p>Les maladies coronaires sont la première cause de décès pour les hommes et les femmes aux Etats-Unis malgré les améliorations dans les traitements (Lloyd-Jones, Adam & Carnethon, 2009). Il est également prévu, qu'en 2020, les maladies coronaires seront la cause numéro une des décès dans le monde entier (Lloyd-Jones et al., 2009 ; Reddy & Yusuf, 1998 ; Chockalingam, Balaguer-Vintro & Achutti, 2000). L'infarctus de myocarde est la conséquence principale des maladies coronariennes. Il est estimé que 1,2 millions d'Américains ont un nouvel infarctus du myocarde ou une récurrence chaque année (Lloyd et al., 2009). Les personnes, qui ont survécu à un infarctus, ont 15 fois plus de risque de morbidité et de mortalité à long-terme et 3,9 fois plus de risque de refaire un infarctus ou une crise cardiaque que les personnes en santé (ibid, 2009). En conséquence, il est important d'évaluer et de traiter les facteurs physiologiques et psychologiques qui influent sur les résultats après un infarctus.</p> <p>L'anxiété est la première et la plus commune des réactions psychologiques après un infarctus (Herrmann, Brand-Driehorst , Buss & Ruger, 2000 ; Kubzansky, Kawachi, Weiss & Sparrow, 1998 ; Januzzi, Stern, Pasternak & DeSanctis, 2000 ; Crowe, Runions, Ebbesen, Oldridge & Streiner, 1996). La prévalence de l'anxiété juste après l'infarctus est de 70 à 80% (Crowe et al., 1996 ; Moser & Dracup, 1996). Les patients avec un taux élevé d'anxiété durant les premières 48 à 72 heures après leur admission à l'hôpital ont six fois</p>

	<p>plus de risques d'avoir des complications cardiaques que les patients non-anxieux (Crowe et al., 1996 ; Watkins, Blumenthal & Carney, 2002 ; Moser et al., 2007). Malgré l'importance de réduire l'anxiété, celle-ci n'est pas systématiquement évaluée dans le contexte clinique (Frazier, Moser, O'Brien, Garvin, Macko & An, 2002 ; O'Brien, Moser, Riegel, Frazier, Garvin & Kim, 2001).</p> <p>Les cliniciens comptent souvent sur leur propre évaluation subjective de l'anxiété, qui malheureusement n'a peu de lien avec l'évaluation du patient de leur propre anxiété (Frazier et al., 2002 ; O'Brien et al., 2001).</p> <p>L'identification d'un instrument d'auto-évaluation bref, pertinent, fiable mesurant l'anxiété chez des patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde améliorera la capacité des infirmières d'évaluer rapidement l'anxiété dans cette population. « <i>The anxiety subscale of the Brief Symptom Inventory</i> » est un instrument bref qui pourrait être utilisé dans un cadre clinique. Cependant, avant d'être recommandé, il est important de prouver que c'est une mesure de l'anxiété fiable et valide pour les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique décrit
Question de recherche / hypothèse	Pas d'hypothèse ou de questions de recherches
Méthodes	
Devis de recherche	Etude prospective descriptive (quantitatif)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population : <ul style="list-style-type: none"> - au total 536 patients - moyenne d'âge 62 ans - 66% d'hommes - 85% de couleur blanche - 27% avec des antécédents d'infarctus de myocarde Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic confirmé d'infarctus du myocarde - pas de douleurs et un état cliniquement stable au moment de l'étude - aucun trouble cognitif qui entrave la capacité à participer à une brève interview. - pas de maladie en phase terminale - l'infarctus du myocarde s'est déroulé en dehors d'un hôpital ou dans un établissement de soins. Contexte <p>L'étude a été menée dans les unités des soins critiques de six hôpitaux situés en Ohio (Californie, Etats-Unis)</p>

	et en Australie
Collecte des données et mesures	<p><u>Mesure des variables</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques sociodémographiques et cliniques <p>- L'âge, le sexe, l'état civil, s'ils fument ou pas, le niveau d'éducation ont été obtenus au travers des interviews avec les patients et à l'aide des dossiers médicaux.</p> <p>- Les données cliniques (signes vitaux à l'admission, examens et interventions médicaux, traitements, antécédent médicaux) ont été obtenues avec l'aide du dossier médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Spielberger State Anxiety Inventory (SAI)</i> » <p>L'anxiété a été mesurée par « the SAI » qui contient 20 items. Les participants peuvent évaluer leur anxiété avec l'aide d'une échelle de 1 (pas du tout) à 4 (vraiment beaucoup). Un score élevé indique un grand niveau de stress.</p> <p>- fiabilité : Cronbach alpha : .94 (Frazier et al., 2002 ; O'brian et al., 2001 ; Frasure-Smith & Lesperance, 2003 ; An, De Jong, Riegel, 2004).</p> <p>- validité de la construction : a été soutenue en démontrant que « the SAI » différenciait entre les niveaux d'anxiété des patients neuropsychiatriques et ceux qui n'avaient pas de troubles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sous-échelle d'anxiété du « <i>BSI</i> » : <p>Cette échelle contient six items qui permettent aux patients de faire une auto-évaluation sur leur anxiété. Elle va de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Un score élevé indique un haut niveau d'anxiété (Derogatis & Coons, 1993).</p> <p>« the BSI » n'incluse pas d'items liés aux symptômes physique qui pourraient surestimer le niveau d'anxiété à cause de la difficulté de séparer les symptômes physiques liées à la maladie de ceux qui sont dus à l'anxiété. D'autres études précédemment ont montré la fiabilité de cette mesure (cronbach alpha entre .81 et .85) (Moser et al., 1996 ; An, Moser & Garvin, 2000 ; Moser, Dracup & McKinley, 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complications <p>Les complications ont été définies selon une étude internationale randomisée contrôlée avec des patients ayant eu un infarctus du myocarde :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ischémie aiguë récurrente mise en évidence par l'apparition de nouvelles douleurs à la poitrine, des modifications à l'électrocardiogramme et une hémodynamique instable. 2) Récidive : créatinine-kinase-MB fréquemment positive 3) Tachycardie ventriculaire prolongée (> 15 secondes) ou nécessitant un traitement 4) Fibrillation ventriculaire 5) Décès durant l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle perçu (« Perceived Control ») <p>Le contrôle que perçoit le patient a été mesuré par « <i>the Control Attitude Scale (CAS)</i> ». C'est une échelle de Likert à 7 points. Un score élevé signifie un grand contrôle perçu.</p> <p><u>Méthode pour tester les propriétés psychométriques du « BSI »</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilité : <ul style="list-style-type: none"> - Cronbach alpha a été utilisé pour déterminer la fiabilité - Afin de tester l'homogénéité du « BSI » ils ont utilisé la corrélation des items totaux et la corrélation entre les éléments (Ferketich, 1991) <ol style="list-style-type: none"> I. Coefficient > .30 → corrélation des items acceptable II. Coefficient entre .30 et .70 → corrélation entre les éléments acceptable III. Coefficient < .30 indique que les items ne correspondent pas à l'instrument et > .70 indique la redondance des items • Validité des critères <p>Afin de déterminer la corrélation entre les scores du « BSI » et du « SAI » → ce qui permet de fournir la preuve des critères liés à la validité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validité de la construction <p>Afin de prouver la validité de la construction, trois hypothèses (tirées d'études précédentes) ont été testées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les patients avec un score élevé au niveau de l'anxiété dans «the BSI » rencontreraient plus de complications que les patients avec un faible score. <p>[Ils ont divisé les patients en deux groupes (les patients inquiets et les patients non-inquiets) selon les scores du « BSI » et du « SAI » puis le nombre de complications a été comparé avec un T-test]</p> 2) Le score du « BSI » serait un indicateur des complications indépendant 3) Les patients avec un grand contrôle perçu auraient un plus faible score au niveau du « BSI » que les patients avec un faible contrôle perçu. [ils ont séparé les patients en deux groupes selon les scores du « CAS » puis a été comparé par un T-test]
Déroulement de l'étude	<p>Un assistant a rendu visite aux patients dans leurs chambres afin de leur expliquer l'étude et leur demander s'ils désiraient participer. Tous les patients qui étaient d'accord de participer ont donné leur consentement. Les participants ont dû compléter les échelles « BSI » et « SAI » durant les 72 heures suivant leur admission à l'hôpital. La fiabilité, la validité des critères et la validité de la construction ont été testées.</p> <p>Après la sortie de l'hôpital, une infirmière spécialisée en cardiologie a répertoriée toutes les complications durant l'hospitalisation avec l'aide des dossiers médicaux.</p>
Résultats	
	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristique de l'échantillon <p>la seule différence entre le groupe avec un haut niveau d'anxiété et celui avec un faible niveau d'anxiété est l'âge. Les patients avec un score élevé d'anxiété étaient plus jeunes que dans l'autre groupe.</p> • Fiabilité <ul style="list-style-type: none"> - Cronbach alpha du « BSI » = .87 → indique une consistance adéquate - la corrélation entre les éléments est acceptable → score entre .38 à .67 - la corrélation des items totaux est acceptable → score entre .67 et .83 • Validité des critères <p>P= .001</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Validité de la construction <p>274 patients ont été catégorisés dans le groupe « faible niveau d'anxiété » (score au « BSI » < .35) et 262 patients ont été catégorisés dans le groupe « haut niveau d'anxiété » (score au « BSI » > .35)</p> <p>Les patients dans le groupe « haut niveau d'anxiété » ont rencontré plus de complications ($P = .001$)</p> <p>Tous les patients, sauf un, ont été catégorisé de la même manière avec le « BSI » et le « SAI ».</p> <p>Le score du « SAI » n'est pas un indicateur indépendant des complications à l'hôpital alors que le score « BSI » est un indicateur indépendant des complications durant l'hospitalisation. Pour chaque augmentation d'une unité dans le score du « BSI », les patients ont un risque de 80% d'avoir des complications.</p> <p>Les patients avec un contrôle perçu élevé, avaient un score plus faible au niveau de l'anxiété ($P < .001$).</p> <ul style="list-style-type: none"> Faisabilité <p>Les patients ont été capables de remplir le « BSI » en une minute environ en ayant reçu peu d'explications. En revanche, les patients ont mis environ cinq minutes à remplir le « SAI » et les infirmières ont indiqué que les patients ont demandé fréquemment des clarifications sur la signification des items du « SAI ».</p>
Discussion	
	<p>Les résultats de cette étude ont confirmé la fiabilité et la validité de la sous-échelle du « <i>Brief Symptom Inventory</i> » comme instrument de mesure de l'évaluation de l'anxiété chez des patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde. Ces résultats peuvent encourager les chercheurs à utiliser cette échelle comme mesure dans des futures recherches impliquant des patients avec un infarctus du myocarde. Les infirmières peuvent aussi utiliser ces résultats comme preuve pour justifier l'utilisation du « BSI » dans l'évaluation de l'anxiété chez les patients admis dans leurs unités pour un infarctus du myocarde.</p> <p>La corrélation des éléments étaient aussi acceptable, ce qui montre qu'il n'y avait pas de redondances dans cette échelle et que tous les items contribuent à mesurer l'anxiété de cette population. Il y a une grande corrélation entre l'échelle du « BSI » et le « SAI », ce qui signifie que les deux instruments mesurent le même phénomène.</p> <p>Pour la validité de la construction, trois hypothèses ont été testées et les résultats montrent que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Si le patient a un haut score au niveau du « BSI », il aura plus de complications 2) Le score du « BSI » est un indicateur indépendant des complications durant l'hospitalisation 3) Le contrôle perçu définit la croyance qu'ont les patients sur leurs ressources disponibles pour faire face à une menace (24). Plusieurs chercheurs ont montré que les patients avec un haut taux de contrôle perçu par rapport à leur maladie cardiaque ont une meilleure adaptation psychologique et notamment un faible niveau d'anxiété. Les personnes avec un faible score au « BSI » ont un contrôle perçu plus élevé. <p>Les trois hypothèses ont été confirmées, ce qui montre une bonne validité au niveau de la construction.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Cette échelle peut être complétée rapidement et les résultats sont faciles à interpréter par le personnel</p>

	soignant. C'est une méthode cliniquement faisable pour l'évaluation de l'anxiété chez des patients ayant eu un infarctus du myocarde. L'utilisation d'un instrument d'auto-évaluation bref, fiable et valide pour l'évaluation de l'anxiété (comme « the BSI ») permet d'identifier les patients anxieux et de mettre en place des interventions appropriées durant et après l'hospitalisation afin de diminuer les complications.
Evaluation globale	
Commentaire	Cette étude est intéressante car elle met en évidence un moyen d'évaluer l'anxiété rapidement et facilement
Titre	Changing Illness Perception After Myocardial Infarction : An Early Intervention Randomized Controlled Trial
Auteur	Petrie, K.J., Cameron, L.D. , Ellis, C.J., Buick, D. & Weinman, J.
Année / source	Psychosomatic Medicine , 2002, 64, 580-586
Résumé	Mots-clés : myocardial infarction, illness perceptions, return to work, disability, rehabilitation
Introduction	
Enoncé du problème/ but	<p>Le but de cette étude est d'évaluer si une brève intervention psychologique durant l'hospitalisation, conçue pour changer les perceptions de la maladie inexactes ou négatives, amènerait à un retour plus précoce au travail, à une diminution à l'incapacité (mentale ou physique) et à une meilleure présence dans les services de réhabilitation cardiaque.</p> <p>Les interventions étaient structurées afin de changer les perceptions négatives et la vision des patients à propos des conséquences et la durée de la maladie.</p>
Recension des écrits	<p>Les progrès au niveau des traitements médicaux de l'infarctus du myocarde (IM) ont permis de diminuer le nombre de décès dans la phase aiguë. Cependant, les progrès ont été plus lents au niveau du rétablissement fonctionnel après un IM. De nombreux patients mettent du temps pour retourner travail et à retrouver un fonctionnement normal dans la vie quotidienne même si physiquement ils n'ont pas de problèmes. L'incapacité professionnelle reste une des principales conséquences présentes à la suite d'un IM (Shanfield, 1990 ; Lipkin, 1991). Une récente enquête a montré que les questions psychosociales sont encore males abordées que ce soit chez les personnes suivant une rééducation cardiaque ou non (Lewin, Ingleton, Newens & Thompson, 1998). L'incapacité fonctionnel est souvent associé avec l'apparition de nouveaux symptômes (par exemple, des douleurs à la poitrine) qui ont une influence direct sur la qualité de vie de la personne et retarde la reprise du travail (Brown, Melville, Gray, Young, Munro, Skene & Hampton, 1999).</p> <p>Dans un premier travail avec des patients ayant eu un infarctus du myocarde, les auteurs ont remarqué que l'évaluation de la perception de la maladie juste quelques jours après l'infarctus, est un aspect important dans le processus de rétablissement. Ces représentations négatives (par exemple, la personne ne pense avoir aucun contrôle sur la maladie) peuvent être un frein à la reprise du travail, à la participation à une réhabilitation cardiaque (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996 ; Cooper, Lloyd, Weinman & Jackson,</p>

	<p>1999). Dans ce contexte, il est important d'indiquer que la représentation de la maladie par les patients n'était pas en lien avec les données objectives de la sévérité de l'infarctus.</p> <p>Si ces pensées négatives peuvent être identifiées plus tôt, et que des interventions sont mises en place rapidement pour encourager des modèles adaptatifs, cela permettra d'améliorer le niveau de fonctionnement et la reprise du travail.</p> <p>Dans cette étude, Les auteurs vont utiliser une approche plus individuelle et les interventions pour chaque patient seront basées sur une évaluation de leur perception sur leur infarctus du myocarde, qui sera faite sous forme de questionnaire qui permettra d'évaluer les cinq composants influençant la représentation de la maladie. Les interventions ont été menées durant l'hospitalisation avec des patients qui n'ont pas été auparavant suivi par des soins de réhabilitation</p> <p>L'intervention de cette étude s'est déroulée pendant l'hospitalisation, auprès de patients ayant eu leur premier infarctus et qui n'ont jamais eu recours à des soins cardiaques. Ils sont partis de la représentation de la maladie du patient pour délivrer les informations. Ils ont utilisé une approche individualisée en se basant sur l'évaluation par « <i>the Illness Perception Questionnaire</i> » faite sur la perception de la maladie de chaque patient (Weinman , Petrie , Moss-Morris & Horne, 1996).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le modèle d'autorégulation (self-regulatory model) (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980).</p> <p>Les croyances et les perceptions des personnes sur leur maladie « <i>Illness perception</i> » et sur la menace de celle-ci sur leur santé sont des éléments déterminants dans le rétablissement d'un IM (Maeland & Havik, 1987). Les individus vont résoudre activement les problèmes, vont donner du sens aux éléments menaçants (tels que la maladie, les symptômes) en développant ses propres représentations cognitives de cette menace, puis ces celles-ci vont à leur tour déterminer la manière dont l'individu va faire face. Il existe cinq composants qui vont déterminer la nature de la menace de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identité : l'étiquette que l'individu pour décrire la condition (par exemple, la crise cardiaque) et les symptômes associés. - les causes : les croyances par-rapport aux causes de la maladie - la durée : leur prévision sur la durée - Les conséquences : comment la personne perçoit les conséquences de la maladie (au niveau physique, social, psychique) - Contrôle : si la personne pense qu'elle peut avoir un contrôle sur la maladie ou qu'elle perçoit une éventuelle guérison possible (par exemple, efficacité du traitement) <p>Ces cinq éléments forment un schéma qui va déterminer les stratégies d'adaptation des patients.</p> <p>Les représentations des patients varient considérablement aux seins des patients. Ils ne déterminent pas seulement le comportement face à la maladie, mais servent aussi de structure aidant à donner du sens aux informations données par les professionnels de la santé et pour l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des traitements recommandés ou des conseils donnés.</p>
Question de recherche / hypothèse	Pas décrit

Méthodes	
Devis de recherche	Étude randomisée contrôlée (quantitatif)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population <p>- 65 patients ayant eu un infarctus du myocarde et étant admis à l'hôpital d'Auckland (Nouvelle-Zélande) sur une période de 12 mois.</p> <p>- âgés de moins de 65 ans.</p> <p>- ont été randomisés en deux groupes : un groupe intervention et un groupe contrôle</p> <p>Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les patients ont dû répondre à un questionnaire initiale à leur entrée dans le projet puis à la sortie de l'hôpital. Puis, ils ont été recontactés trois mois après leur sortie, pour compléter une évaluation par e-mail.</p> <ul style="list-style-type: none"> « <i>Illness Perception Questionnaire</i> (IPQ) » : En entrant dans le projet et à la sortie de l'hôpital, le patient complète le questionnaire afin d'évaluer l'identité, la chronologie, les conséquences et les dimensions de contrôle et guérison qui sont à la base des représentations de leur maladie. Ce questionnaire fournit une évaluation quantitative de la nature et de la force de leurs croyances au niveau des composants la perception de la maladie : <ul style="list-style-type: none"> - liens entre symptômes et maladie : 15 items ; résultats de 0 à 15 - la maladie inscrite dans le temps : 4 items ; résultats 4 à 20 (plus haut score= le patient pense que la maladie va durer longtemps) - conséquences : 9 items ; résultats 9 à 45 (plus haut score= patient pense que les conséquences à la suite de la maladie sont importantes) - guérison/contrôle : 7 items ; résultats de 7 à 35 (plus haut score= haute croyance de guérison et de contrôle. Par exemple, pense que le traitement est efficace pour soigner la maladie) - détresse (face à certains symptômes) : 2 items (les symptômes m'affectent/ sont déconcertant pour moi), résultats de 2 à 10 plus le score est élevé = plus la détresse est grande) Evaluation de l'hôpital (« <i>Hospital ratings</i> ») <p>Questions posées à la sortie de l'hôpital au sujet de la satisfaction, la compréhension, la quantité de l'information reçue/ si le patient se sent prêt à quitter l'hôpital et à reprendre ses activités/ s'il a encore des questions/, si il veut suivre un programme de réadaptation.</p> Evaluation à trois mois : information sur le temps pris avant la reprise du travail. Ces informations ont été récoltées par des questionnaires « <i>IPQ</i> », « <i>symptom distress scale</i> », ils ont dû aussi évaluer leur douleurs de poitrine sur une échelle à sept points (de pas du tout grave à extrêmement grave).

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p><u>Procédure :</u></p> <p>Après avoir été inscrits dans l'étude, les participants ont complété un questionnaire initial. Puis, la population a été aléatoirement partagée en deux groupes : un recevant les soins standards, impliquant la visite à l'hôpital d'une infirmière de réhabilitation cardiaque et l'utilisation d'un matériel standard pour l'enseignement au patient et l'autre ayant trois fois 30-40 minutes d'entretien avec un psychologue en plus du matériel d'enseignement. Les patients devaient remplir un questionnaire à la fin de l'hospitalisation, puis douze semaines plus tard, ils ont été recontactés pour remplir à nouveau un questionnaire par mail</p> <p><u>Interventions :</u></p> <p>Les interventions contenaient généralement une même structure pour tous les patients, mais les interventions étaient individualisées selon les réponses du « <i>Illness Perception Questionnaire</i> »</p> <p>Les interventions ont été divisées entre trois sessions.</p> <p>1ère session : brève explication de la physiopathologie de l'infarctus du myocarde en utilisant le dessin afin d'avoir une image plus concrète de la maladie. Ils essayent aussi d'apprendre à différencier les symptômes liés à la maladie cardiaque et les autres symptômes. Ils explorent les croyances des patients sur les causes de l'IM. Ils ont été très attentifs aussi à élargir le modèle causal par l'inclusion des facteurs de risque liés au mode de vie et éviter que les patients ne restent fixer le stress comme principale cause de la maladie.</p> <p>2^{ème} session : La seconde session se construit sur les causes identifiées par le patient et se focalise sur l'élaboration d'un plan pour diminuer les risques futurs en regardant les facteurs de risque et en renforçant la croyance sur la possibilité de contrôle de certains éléments.</p> <p>Ils travaillent aussi sur les données récoltées durant « <i>the illness perception questionnaire</i> ». En se basant sur les représentations des causes et des conséquences, ils mettent en place avec le patient un plan personnalisé écrit, par exemple, sur la thématique « les activités de la vie quotidienne » ou sur le « <i>self-managment</i> ».</p> <p>3^{ème} session : se focalise plutôt sur la reconnaissance des symptômes entre ceux qu'on retrouve à la suite d'un infarctus (essoufflement à l'effort) et ceux qui sont des signes d'une récurrence.</p> <p>Ils vont aussi discuter avec le patient de leurs inquiétudes sur la médication, son importance ainsi que le retour à domicile et les inquiétudes liées à ce retour.</p>
<p>Résultats</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes dans les données démographiques à part que la part des personnes qui étaient mariées ou en couple, était significativement plus grande dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle. Mais cette donnée n'a pas d'effet significatif sur le groupe intervention. Cette intervention a significativement changé les croyances des patients au sujet de leur maladie. Il y a des différences significatives dans les résultats sur la conséquence, la durée, le contrôle et des symptômes : <ul style="list-style-type: none"> Les participants du groupe intervention croient moins que leur problème cardiaque causera des conséquences graves, sur une longue durée, ils pensent que leur problème cardiaque pourra être contrôlé et ils ont moins de symptômes. Les composantes « durée » et « contrôle » sont significativement différentes entre les deux groupes à trois mois. Ces données montrent que l'intervention sur la perception de la maladie a permis de changer les croyances des patients d'une manière plus positive et pouvant être plus contrôlée.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants du groupe intervention ont évalué avoir un niveau plus élevé de compréhension de leur état cardiaque et se sentent mieux préparer à la sortie de l'hôpital et sont plus susceptible de participer à un programme de rééducation • A trois mois, les participants du groupe intervention étaient significativement moins susceptibles (14,3%) de signaler des douleurs de poitrine que ceux du groupe contrôle (39,3%). Par contre, il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes au niveau de la sévérité des symptômes. • Des analyses ont montré que le retour tardif au travail a été prédit de façon significative par des longs séjours hospitaliers et par l'augmentation des triglycérides. En contrôlant ces facteurs, le groupe intervention avait un taux de délai plus court de reprise au travail. Trois variables jouent un rôle dans le délai du retour au travail : la durée de l'hospitalisation, l'augmentation des triglycérides et le groupe intervention.
Discussion	
	<p>Cette étude montre qu'une brève intervention durant l'hospitalisation a réussi à changer les perceptions des patients sur leur infarctus du myocarde. Avant leur sortie de l'hôpital, les patients du groupe intervention ont significativement modifié leurs perceptions sur la durée de leur maladie et les conséquences personnelles que cette maladie implique dans leur vie comparée au groupe contrôle. Le groupe intervention était aussi plus optimiste que le groupe contrôle sur le fait que leur maladie peut être contrôlée et guérissable. L'intervention avait aussi un effet positif sur la compréhension des patients sur l'infarctus du myocarde et sur leur préparation à quitter l'hôpital.</p> <p>A trois mois, il y avait une différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle sur la rapidité à retourner au travail. Les patients du groupe intervention ont commencé le travail plus tôt et cette différence était visible durant tout le suivi de l'étude. De plus, le taux rapporté de symptômes d'angine de poitrine était aussi significativement différents entre les deux groupes ; le groupe contrôle rapportant des symptômes plus fréquents. L'intervention, en augmentant l'intention des patients à participer à un programme de rééducation, a entraîné une hausse de présence en rééducation. Par contre, cette différence n'est pas réellement significative car c'est mesuré dans un petit échantillon. Contrairement aux programmes de rééducation habituelle, le programme sur la perception de la maladie utilise la vision du patient sur sa maladie comme point de départ de l'intervention et construit le matériel autour les perceptions existantes.</p> <p>Les perceptions de la maladie sont premièrement un point de départ pour le changement et deuxièmement un moyen d'évaluer l'efficacité de l'intervention (Petrie et al., 1996 ; Weinman, Petrie, Sharpe & Walker, 2001).</p> <p>La réduction des symptômes d'angine de poitrine dans le groupe intervention est un résultat intéressant. C'est symptômes représentent une douleur à la poitrine d'origine ou non cardiaque. La diminution ces symptômes peut être liée à la réduction des inquiétudes au sujet des symptômes dans le groupe intervention ou alors associée indirectement à l'augmentation de confiance ou une reprise de travail. La fréquence des douleurs à la poitrine semble être un élément important dans la décision de retourner au travail (Brown et al., 1999).</p> <p>Cette intervention diffère des programmes de rééducation cardiaque ordinaire par le fait qu'elle est menée durant l'hospitalisation du patient. Elle a plusieurs avantages : premièrement, une précédente recherche suggère que les perceptions du patients sur leur infarctus du myocarde se développe déjà avant l'hospitalisation au travers de contacts avec des personnes ayant eu un infarctus du myocarde ou au travers des médias (Petrie et al., 1996). Cette intervention, menée à l'hôpital, permet de modifier les fausses perceptions et les croyances négatives rapidement dans le processus de rétablissement. Deuxièmement, immédiatement après une maladie grave ou une menace pour la santé (tel qu'un arrêt cardiaque), les individus sont plus sensibles aux interventions qui encouragent les changements de comportement. Troisièmement, beaucoup de patients avec un niveau élevé de facteurs de risque n'ont pas réussi à assister à une rééducation cardiaque et ne sont donc pas exposé à un processus d'intervention formel. A Auckland un</p>

	<p>service de rééducation cardiaque ambulatoire est disponible pour les patients, mais 56% des patients n'ont participé à aucune séance et 19% ont fait les six séances (Parks, Allison, Doughty, Cunningham & Ellis, 2000).</p> <p>Conclusion :</p> <p>Cette étude indique qu'un programme d'intervention durant l'hospitalisation est conçu pour changer les comportements en modifiant les perceptions des patients sur l'infarctus du myocarde a un effet considérable l'incapacité liée au travail. L'intervention est satisfaisante pour les patients et leur permet de se sentir mieux préparer à la sortie de l'hôpital. De plus, cette approche fournit un cadre théorique dans lequel les efforts de rééducation des patients peuvent être évalués. Il est encore nécessaire d'évaluer comment cette approche peut être incluse dans le traitement durant l'hospitalisation et en rééducation.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • La généralisation de cette étude est limitée par la petite taille de l'échantillon • Cette étude s'est plutôt focalisée sur les perceptions de la maladie et le retour au travail que sur la qualité de vie ou la dépression. L'effet de cette intervention sur ces deux éléments doit être encore évalué dans des prochaines études • L'importance des différences individuelles (telles que le niveau d'anxiété) dans les résultats de l'intervention doit être aussi évaluée
Evaluation globale	
Commentaire	<p>Limites: cette etude est realise par un psychologue</p> <p>Le principe est intéressant → voir ce qui serait possible de faire au niveau infirmier.</p>

Titre	The outcomes of interpersonal counselling on depressive symptom and distress after myocardial infarction
Auteur	Oranta, O. , Luutonen, S., Salokangas, R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H.
Année / source	Nord Journal psychiatry , 2010, vol.64, No 2, 78-86
Résumé	Mots-clés : depression, interpersonal counselling (IPC), myocardial infarction
Introduction	
Enoncé du problème/but	Le but de cette étude est d'évaluer « <i>the interpersonal counselling</i> » appliqué par un infirmier/ère sur les résultats des symptômes dépressifs et de détresse chez des patients ayant eu un infarctus du myocarde.
Recension des écrits	Sur un plan général, les problèmes et les défis pour le système de santé afin de reconnaître et traiter la dépression sont bien connus. Une méta-analyse a trouvé des associations significantes entre la dépression et

	<p>les maladies coronariennes (Nicholson, Kuper & Hemingway, 2006). L'infarctus du myocarde est un facteur de risque pour la dépression (Luutonen, Holm, Salminen, Rislä, & Salokangas, 2002 ; Frasure-Smith & Lespérance, 2003 ; Rowan, Haas, Campbell, Maclean & Davidson, 2005). Une dépression qui persiste après un infarctus du myocarde peut jouer un rôle dans d'autres morbidités cardiaques, dans la mortalité (Frasure-Smith, Lespérance, Talajic & Bourassa, 1999 ; Frasure-Smith, Lespérance & Talajic, 1999 ; Lauzon, Beck, Huynh, Dion, Racine & Carignan, 2003 ; Kaufman, Fitzgibbons, Sussman, Reed, Einfalt & Rodgers, 1999) ainsi que dans la diminution du fonctionnement et du bien-être (Rowan et al., 2005 ; Lane, Carroll, Ring, Beevers & Lip, 2000 ; Lane & Carroll, 2005). La dépression après un infarctus du myocarde peut être sous-estimée et même lorsqu'elle est reconnue, elle est difficile à traiter (Luutonen et al., 2002 ; Huffman, Smith, Blais, Beiser, Januzzi & Friccione, 2006).</p> <p>Des interventions pharmacologiques (Berkman, Blumenthal, Burg, Carney Catellier & Cowan, 2003) et non-pharmacologiques (De Leon, Czajkowski, Freedland, Bang, Powell & Wu, 2006) telles que la thérapie cognitivo-comportementale (Johnston, Foulkes, Johnston, Pollard & Gudmundsdottir, 1999) et la thérapie interpersonnelle (Miller, Wolfson, Frank, Cornes & Silberman, 1997 ; Lespérance, Frasure-Smith, Koszycki, Laliberté, Van Zyl & Baker, 2007) sont utilisées dans la dépression après un infarctus du myocarde et dans les maladies coronaires. Des interventions à court-terme (Jonkers, Lamers, Bosma, Metsemakers, Kempen & Van Eijk, 2007 ; Loh, Simon, Wills, Kriston, Niebling & Härter, 2007) et d'autres programmes pour la dépression ont été utilisés et étudiés, la plupart du temps avec des résultats positifs (Cossette, Frasure-Smith & Lespérance, 2001 ; Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002 ; Linden, Stossel & Maurice, 1996 ; Jones, Skirrow, Griffi, Humbhris, Ingleby & Eddleston, 2003 ; Gallagher, Mckinley & Dracup, 2003). Selon une meta-analyse, les bénéfices des interventions psychosociales sont clairement évidents les deux premières années, après ils diminuent (Linden et al., 1996). Selon certains chercheurs, traiter la dépression et le faible soutien social après un infarctus du myocarde ne va pas augmenter la survie mais améliore la dépression et l'isolement social (De Leon, Czajkowski, Freedland, Bang, Powell & Wu, 2006).</p> <p>Des interventions simples sont nécessaires afin d'améliorer les résultats des patients ayant eu un infarctus du myocarde concernant la dépression et la détresse. « <i>The Interpersonal counselling</i> » est traitement de courte durée destiné à des patients non-psychiatrique qui sont en détresse qui ont des symptômes liés à un stress (ex : l'infarctus du myocarde) mais ils n'ont pas de problèmes psychiatriques. « The IPC » se base sur une brève version de la thérapie interpersonnelle (« IPT »), laquelle est une intervention pour patients avec une dépression ou d'autres symptômes psychiatriques. « The IPC » relie les symptômes dépressifs avec les événements de la vie quotidienne et se déroule en trois phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La première (environ deux sessions) inclut l'évaluation du diagnostic et les antécédents psychiatrique et définit le cadre pour le traitement. Cette première phase se déroule en 30 min et évalue les symptômes et le contexte interpersonnel. • Dans la deuxième, la personne responsable continue les stratégies spécifiques à certains domaines : chagrin, transition de rôle, déficit interpersonnel. • Dans la troisième phase, on encourage le patient reconnaître et consolider les acquis thérapeutiques et développer d'identifier les symptômes dépressifs qui peuvent survenir dans le futur. <p>« <i>the IPC</i> » a aussi été utilisée avec des patients atteints d'HIV et ayant des symptômes dépressifs (Markowitz, Kocsis, Fishman, Spielman & Frances, 1998 ; Markowitz, Spielman, Scarvalon ; 1961)</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique définit
Question de recherche /	<p>Questions de recherche :</p> <p>1) Y a-t-il des différences dans l'évolution des symptômes dépressifs et de la détresse entre le groupe</p>

hypothèse	<p>intervention et le groupe contrôle durant les 18 mois du suivi ?</p> <p>2) Y a-t-il des changements dans les symptômes dépressifs et la détresse au sein du groupe intervention et celui de contrôle durant les 18 mois du suivi ?</p> <p>3) Comment les variables contextuels du patient ont des conséquences sur l'efficacité de « IPC » durant les 18 mois du suivi ?</p>
Méthodes	
Devis de recherche	Étude randomisée contrôlée (quantitative)
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> Population <ul style="list-style-type: none"> - 103 patients - Basé sur les résultats du BDI (échelle pour évaluer la dépression), les participants ont été randomisés en deux groupes : groupe intervention (n=51) et le groupe contrôle (n=52) Caractéristiques <ul style="list-style-type: none"> - Groupe intervention (n=51) : 38 hommes, 13 femmes, moyenne d'âge : 58,1 - Contrôle groupe (n=52) : 35 hommes, 17 femmes, moyenne d'âge : 61,2 - Moyenne d'âge dans l'étude : 59,6 - pas de différences significantes entre les deux groupes au niveau de l'état civil, vivant seul ou avec quelqu'un, symptômes dépressifs ou le nombre de patients dépressifs, détresse ou le nombre de personne en détresse, étant à la retraite, profession, avec d'autres maladies chroniques, fumant ou pas. Critères d'inclusion <ul style="list-style-type: none"> - taux de troponin T > 0.03 µg/l et au moins trois critères d'un infarctus du myocarde aigu - ayant des connaissances de finlandais pour pouvoir compléter les questionnaires et pouvoir parler - âgé de moins de 75 ans Contexte : <p>Les patients ont été recrutés à l'hôpital universitaire central en Finlande entre septembre 2004 et janvier 2007. Sur 117 personnes pouvant participer, 103 ont donné leur consentement.</p> <p>Au début, il voulait recruter que des patients avec des symptômes dépressifs mais c'était difficile d'avoir assez de patients donc ils ont dû changer le protocole et accepter des patients sans symptômes dépressifs.</p> <p>La durée d'hospitalisation est, en moyenne, entre trois et quatre jours.</p> <p>Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique.</p>

Collecte des données et mesures	<p>Les symptômes dépressifs et la détresse ont été mesurés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> « <i>the Beck Depression Inventory (BDI)</i> » contient 21 items (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961 ; Beck & Steer, 2001) <p>un score entre 10-18 indique une légère dépression, un score entre 19-29 indique une dépression moyenne à sévère, un score égal ou supérieur à 30 indique une dépression sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> « <i>the symptom Checklist (SCL-25)</i> » contient 25 items (Derogatis, Rickhels & Rock, 1976 ; Joukamaa, Lehtinen, Karlsson & Rouhe, 1994). Ces questionnaires ont été complétés par les patients eux-mêmes. <p>Un score égal ou supérieur à 1,54 indique des symptômes psychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les différences dans les variables de base entre le groupe intervention et contrôle ont été mesurées par « <i>the chisquare test</i> » Les différences dans l'évolution au niveau des items du groupe cognitivo-affectif et des items du groupe somatique entre les deux groupes ont été mesurées avec le « <i>Mann-Whitney U-test</i> ». Les différences dans l'évolution entre les groupes au niveau des symptômes dépressifs et de la détresse durant les 18 mois de suivi ont été analysées par un logiciel de régression ainsi que l'association entre les variables de base et les symptômes dépressif à six et huit mois.
Déroulement de l'étude	<p>Tous les patients du groupe intervention avaient au moins une session de « <i>IPC</i> » à l'hôpital et les autres sessions ont été faites par téléphone après leur sortie d'hôpital. La fin des sessions, c'est aussi faite par téléphone. Il n'y a pas plus de six sessions. Tous les patients ont complété « <i>the BDI</i> », « <i>the SCL-25</i> » et des questionnaires pour les informations générales durant leur hospitalisation et avant la première session du « <i>IPC</i> ». Puis, ils ont été recontactés par poste pour refaire les questionnaires à six mois (n=97) et à 18 mois après leur sortie d'hôpital (n=91).</p> <p>« <i>the IPC</i> » se centre sur le fonctionnement psychosocial actuel du patient et a donc été mené par une infirmière en psychiatrie qui a été entraînée pendant un jour à cette méthode.</p> <p>Dans 90,2% des cas, l'accent des interventions a été mis sur la transition des rôles, incluant notamment les changements du statut de vie.</p>
Résultats	
	<p><u>Symptômes dépressifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Durant les 18 mois de suivi, les symptômes dépressifs ont statistiquement et significativement diminués ($P=0.009$) dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle. Parmi les patients du groupe intervention, les symptômes dépressifs ont statistiquement et significativement diminués durant les six mois de suivi ($P=0.014$) et durant les 18 mois de suivi ($P=0.001$). Parmi les patients du groupe contrôle, le changement au niveau des symptômes dépressifs n'était pas statistiquement significatif durant les six mois de suivi ($P=0.347$) ou durant les 18 mois de suivi ($P=0.672$). Mesuré par « <i>the BDI</i> », le changement au niveau des items du groupe cognitivo-affectif ($P=0.005$) et du groupe somatique ($P=0.002$) était plus positive et descendant dans le groupe intervention à six mois. A 18 mois, les symptômes cognitivo-affectif étaient toujours plus faible ($P=0.003$) mais ce n'a pas été longtemps le cas avec les symptômes somatiques ($P=0.665$). Dans le groupe intervention (n=51), il y avait 37, 3 % des patients avec des symptômes dépressifs

	<p>(BDI > 10) à l'hôpital : 29,4% avec des symptômes légers et 7.8% avec des symptômes modérés à sévères. A six mois, le nombre de patients avec des symptômes dépressifs diminue de 20,4% : 18,4% (pour les dépressions légères) et de 2,0% (pour les dépressions sévères. A 18 mois, aucun des 16,7% de patients dépressifs souffrait de symptômes modérés ou sévères.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le groupe contrôle (n=52), les 34,6% des patients avaient des symptômes dépressifs à l'hôpital : 28,9% avec une dépression légère et 5,8% avec une dépression modérée à sévère. A six mois, 25% avait des symptômes de dépression légers car le nombre des patients avec des symptômes de dépression modérés à sévères a augmenté à 14,6%. A 18 mois, il y avait 27,9% des patients avec des symptômes légers et 9,3% avec des symptômes modérés ou sévères parmi tous les patients du groupe contrôle (n=43). Durant le suivi de l'étude, un patient à six mois et un autre à 18 mois avaient un score au « BDI » supérieur à 30 (=dépression sévère). Ces deux patients ont reçu un traitement psychiatrique. <p><u>Détresse « distress »</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le changement au niveau de la détresse, durant les 18 mois, n'était pas significative ($P= 0.299$) entre le groupe intervention et le groupe contrôle • Dans le groupe intervention, la diminution de la détresse n'était pas significative durant les six mois du suivi ($P= 0.132$) mais après les 18 mois, elle est devenue significative ($P= 0.015$). • Dans le groupe contrôle, le changement au niveau de la détresse n'était pas ni significatif durant les six mois ($P=0.671$) ni durant les 18 mois ($P= 0.773$). • Certains services psychiatriques ont été utilisés : <ul style="list-style-type: none"> - à six mois par 5 patients (10,2%) du groupe intervention et par 6 patients (12,5%) du groupe contrôle. - à 18 mois par 7 patients (14,6%) du groupe intervention et par 4 patients (9,3%) du groupe contrôle. • Dans le groupe intervention, trois patients (6,1%) à six mois et cinq patients (10,4%) à 18 mois ont pris des antidépresseurs. • Dans le groupe contrôle, un patient (2,1%) à six mois et deux patients (4,7%) à 18 mois ont pris des antidépresseurs. <p><u>Les effets contextuels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'âge < 60 ans, le sexe, l'état civil, vivre seul, être à la retraite, la profession, le niveau d'éducation, le tabagisme ne sont pas des facteurs qui expliquent les symptômes dépressifs ou le niveau de détresse à six ou 18 mois. • La présence d'au moins une maladie chronique à la base a été associée avec des symptômes dépressifs à six mois ($P= 0.045$). • Durant les 18 mois de suivi de l'étude, « the IPC » était plus efficace sur la détresse chez les patients de moins de 60 ans qu'avec des patients plus âgés ($P= 0.033$). Il y a eu une diminution significative dans la détresse chez les patients de moins de 60 ans dans le groupe intervention durant les 18 mois de suivi ($P= 0.028$) tandis qu'une augmentation a été observée dans le groupe contrôle ($P= 0.036$). • Les autres variables contextuelles n'ont pas eu d'effets sur le changement de l'efficacité de «the IPC » durant les 18 mois.
Discussion	
	<ul style="list-style-type: none"> • «The IPC » a obtenu des résultats encourageants sur les symptômes dépressifs et sur la détresse durant les 18 mois du suivi de l'étude, comme de précédentes études d'intervention à court-terme (Berkman et al., 2003 ; De Leon et al., 2006 ; Johnston et al., 1999 ; Miller et al., 1997). Les symptômes dépressifs et le niveau de détresse étaient à un niveau élevé dans le groupe contrôle, conformément aux études faites précédemment (Nicholson et al., 2006 ; Luutonen et al., 2002 ; Frasure-Smith et al., 2003). • Dans le groupe intervention, les symptômes dépressifs ont diminué, durant les 18 mois, plus chez les personnes de moins de 60 ans. • L'intervention a été menée par une infirmière en psychiatrie mais qui n'était pas entraînée pour

	<p>une psychothérapie. Le processus d'apprentissage du « IPC » et la modification de sa structure pour un autre cadre est tout à fait faisable et peut être conduit pas uniquement par des soignants en psychiatrie mais aussi par des infirmières et des médecins d'autres secteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le petit nombre de patients qui ont refusé de participer à toutes les phases de cette étude, montre que les patients sont prêts et ouverts à parler de leurs sentiments dépressifs. • Dans cette étude, le contenu du « IPC » était structuré mais aussi très flexible. Il était tout à fait possible de parler de différents thèmes et pas seulement de thèmes au niveau de la dépression et de la détresse <p><u>Perspectives futures</u></p> <p>Dans les établissements de soins, il y a besoin d'interventions psychiatriques dans les soins somatiques pour un traitement plus global des patients. «The IPC» est une intervention facile à apprendre, qui semble réduire les symptômes dépressifs et de détresse après un infarctus du myocarde. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour améliorer le traitement de l'infarctus du myocarde. Cependant, il faudrait d'autres études qui examinent séparément les patients avec des symptômes dépressifs et les patients sans symptômes devraient être étudiés séparément pour permettre une meilleure compréhension du rôle du « IPC ». D'autres études sont aussi nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de cette intervention dans d'autres domaines de traitements de la maladie somatique.</p>
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude est aussi proche que possible d'un essai randomisé contrôlé. Lors de la réalisation d'étude d'intervention dans la vie quotidienne, il est impossible d'avoir toutes les conditions d'un essai randomisé contrôlé. • Les données collectées s'axent sur un hôpital universitaire de Finlande, ce qui limite la généralisation des résultats. • Une autre limitation de cette étude est qu'elle a inclus des patients avec des symptômes dépressifs et d'autres sans symptômes. Comme la durée d'hospitalisation est courte, c'était difficile de recruter des participants. La plupart des patients, de cette étude, avec une dépression avaient des symptômes légers et le diagnostic n'était pas fait selon le DSM-IV ou le ICD-10. Donc, il n'est pas possible de généraliser les résultats du « IPC » sur la dépression clinique, car probablement une petite minorité l'avait. • Il y avait plus de femmes dans le groupe contrôle que dans le groupe intervention (17 contre 13). La dépression est plus fréquente et «the BDI» est plus sensible chez les femmes que chez les hommes (Salokangas, Vahtera, Pacriev, Sohlman & Lehtinen, 2002). Cependant, le sexe ou d'autres facteurs contextuels n'expliquent pas les symptômes dépressifs ou la détresse dans cette étude. • La récolte des données a duré presque quatre ans. Durant ce temps, le traitement des infarctus du myocarde peut avoir changé et évolué • C'est difficile de contrôler tous les facteurs externes puisque cette étude se porte sur des êtres humains. • «The IPC» peut être efficace sur les symptômes dépressifs et sur la détresse après un infarctus du myocarde, mais c'est difficile de savoir exactement qu'est-ce qui a aidé dans cette intervention. Il y a plusieurs possibilités : le contact humain, la discussion elle-même, le changement de style de vie, le courage de chercher de l'aide.

Titre	Changes in Patient Drawings of the Heart Identify Slow Recovery After Myocardial Infarction
Auteur	Broadbent, E., Ellis, C.J., Gamble, G & Petrie, K.J.
Année / source	Psychosomatic Medicine, 2006, 68:910-913

Résumé	Mots-clés: myocardial infarction, drawings, cardiac anxiety, recovery, perceptions
Introduction	
Enoncé du problème/but	L'objectif de cette étude était d'examiner le lien entre l'évolution du dessin du cœur fait par le patient et la période de rétablissement psychologique et fonctionnel.
Recension des écrits	<p>La perception des patients sur leur infarctus a une grande importance sur leur rétablissement et leur retour aux activités quotidiennes. Des perceptions négatives sur la capacité de reprendre le travail, la durée du rétablissement/guérison et les conséquences de la maladie ont montré un retour au travail plus tardif (Byrne, 1982 ; Maeland & Havik, 1987 ; Petrie, Weinman, Sharpe & buckley, 1996). Des perceptions plus négatives et des croyances erronées au sujet de l'état du cœur du patient peuvent prédire des problèmes dans les interactions sociales, l'évitement de la maison et des loisirs (Petrie, Weinman, Sharpe & buckley, 1996 ; Furze, Bull, Lewin &Thompson, 2003).</p> <p>Une étude a été faite sur l'utilisation du dessin (les patients doivent dessiner leur cœur) pour évaluer la perception des patients sur leur crise cardiaque (infarctus) (Broadbent, Petrie, Ellis, Ying & Gamble, 2004). Elle a révélé que la quantité de dégâts que dessinaient les patients au niveau de leur cœur à la sortie de l'hôpital était un meilleur indicateur de rétablissement que les indicateurs cliniques (ex : le niveau de troponine T). Cette étude a montré que plus la zone atteinte dessinée par le patient était grande, moins bons seraient les perceptions de rétablissement et la reprise du travail serait plus lente à 3 mois post-infarctus. Un autre aspect étudié est de connaître le lien entre les changements de la taille du cœur dessiné par les patients et le rétablissement à la suite d'un infarctus du myocarde.</p> <p>Dans des précédentes études, les changement de la taille d'un objet dessiné a été interprétés comme un changement de l'importance donnée par la personne à cet objet. Par exemple, les enfants vont dessiner des pères Noël plus grand que d'habitude durant la période de Noël car c'est une figure très importante durant cette période dans la vie des enfants (Craddick, 1961).</p> <p>Dans une autre étude médicale, les patients cardiaques ont dessiné des plus grands visages humains lorsqu'ils ont appris qu'ils devaient subir une opération (Cooper & Caston, 1969).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique défini
Question de recherche / hypothèse	Hypothèse : L'augmentation de la taille des dessins du cœur des patients au cours des six mois de suivi de l'étude indiquerait que le patient se concentrerait plus sur son cœur et prédirait un niveau élevé d'anxiété et un rétablissement plus difficile.
Méthodes	
Devis de recherche	Étude quasi-expérimentale corrélacionnelle (quantitative)
Population	<ul style="list-style-type: none"> Population : <p>L'échantillon était composé de 74 patients, admis dans l'unité de soins coronaires à l'hôpital d' Auckland en</p>

et contexte	<p>Nouvelle-Zélande, pour un infarctus du myocarde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - parlent anglais, - âgés de moins de 70 ans, - pas d'autres problèmes de santé graves, - ont donné leur consentement éclairé. • Caractéristiques de l'échantillon : <ul style="list-style-type: none"> -58 hommes -moyenne d'âge : 55 ans -origine : 47 européens, 15 asiatiques, 10 maori, 2 inconnus - emplois : 39 travaillent à plein temps, 10 travaillent à temps partiel, 11 sont à la retraite, 14 sont au chômage/ sont à la maison/ AI. - durée moyenne d'hospitalisation : 9,5 jours. <p>Sur les 74 participants, 5 n'ont pas répondu au questionnaire initial.→ <u>Echantillon final : 69</u></p> <p>Cette étude a été menée entre juin 2002 et août 2003 et a été approuvée par un comité d'éthique.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Evaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> la quantité des dommages dessinés sur le cœur à la sortie a été mesurée par « <i>ImageJ software</i> » (Rasband, 2002). A la sortie de l'hôpital : Evaluation du niveau de compréhension sur leur condition cardiaque en utilisant une échelle de 0 à 10 (0=pas compris du tout/ 10 = comprend très bien) A la sortie, à trois mois et à six mois : Evaluation des comportements (au niveau de la santé). A la sortie, il leur a été demandé combien de fois par semaine en moyenne ils faisaient, avant leur infarctus, des exercices d'intensité élevée ou modérée (par ex. la marche rapide). Les options de réponses étaient : « jamais », « une fois par mois », « une fois par semaine », « 2 à 3 fois par semaines », « 4 à 5 fois par semaines », « tous les jours ». ils étaient notés de 0 à 5. A trois et six mois, la même question a été posée mais en faisant référence à la période après l'infarctus. De plus, les participants devaient évaluer sur une échelle de 0 à 10 (0= pas du tout / 10 = énormément) la restriction de leurs activités en fonction de leur condition cardiaque. A la sortie, à trois et six mois : Evaluation de l'anxiété avec « the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ». C'est une échelle contenant 18 items qui évalue l'attention portée sur le cœur, la peur et l'évitement (Eifert, Thompson, Zvolenski, Edwards, Frazer, Haddad & Davig. 2000). Un score élevé signifie un haut taux d'anxiété. Les participants devaient aussi évaluer leur peur d'une récurrence sur une échelle (0= pas du tout inquiet/ 10= extrêmement inquiet). A trois mois : les visites médicales ont été aussi évaluées. Les participants devaient rapporter combien de fois ils ont appelé l'hôpital ou le médecin pour poser des questions sur leur condition cardiaque et le nombre de visites faites chez le cardiologue depuis leur infarctus. A la sortie, à trois et six mois : Evaluation des symptômes liés à leur condition cardiaque sur une échelle allant de 0 à 10 (0= aucun/ 10 plusieurs symptômes sévères) Les patients ont dû aussi dire leur statut professionnel et la date de la reprise du travail à la suite de leur infarctus du myocarde (s'ils avaient un emploi avant leur infarctus).
Déroulement de	<p>Un questionnaire a été remis aux participants avant leur sortie de l'hôpital avec la consigne suivante : « dessinez, s'il vous plaît, comment vous vous représentiez votre cœur avant votre infarctus du myocarde et un deuxième dessin comme vous vous imaginez votre cœur après votre infarctus du myocarde ». Il était bien</p>

L'étude	<p>précisez, qu'ils ne prenaient pas en compte les capacités à dessiner, un simple croquis suffisait (se sera spécifié à chaque questionnaire). Les participants avaient à disposition pour dessiner deux carrés sur une feuille mesurant chacun 95 mm de large et 120 de long.</p> <p>Trois mois et six mois après le début de l'étude, les participants ont reçu un nouveau questionnaire avec la consigne suivante : « dessinez, s'il vous plaît, une image de votre cœur comme vous pensez qu'il est maintenant en notant tous les dommages et les artères obstruées ». Il était spécifié aux patients que les auteurs de cette étude étaient intéressés à leurs idées et de ce qu'ils pensaient sur ce qui c'était passé au niveau de leur cœur. Une feuille avec deux carrés identiques au premier questionnaire leur a été donnée.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Dans l'ensemble, les participants ont trouvé la tâche du dessin acceptable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la sortie, 59 personnes sur 69, qui ont retournées leur questionnaire, ont dessiné leur cœur (86%), à trois mois 51 personnes sur 62, qui ont retournées leur questionnaire, ont dessiné leur cœur (82%) et à six mois 45 personnes sur 56 qui ont retournées leur questionnaire (80%). • « <i>Independent sample t-tests</i> » a montré aucune différence au niveau de l'âge entre les personnes qui ont ou qui n'ont pas retourné leur questionnaire. Par contre, ceux qui ont retournés leur questionnaire à six mois étaient plus vieux (moyenne = 55,86 ans) que ceux qui n'ont pas retourné les questionnaires (moyenne = 51,19 ans). « <i>T-test</i> » montre aucune différence d'âge entre ceux qui ont fait les dessins et ceux qui ne les ont pas faits. • « <i>Mann -Whitney U tests</i> » révèle aucune différence, entre les participants qui ont retournés leur questionnaire (à trois et six mois) et ceux qui ne l'ont pas retourné ou les personnes qui ont dessiné leur cœur et ceux qui ne l'ont pas fait, au niveau de la troponine T, la compréhension de leur condition cardiaque à la sortie de l'hôpital, ou la taille des dommages fait dessiné à la sortie de l'hôpital. • « <i>Mann- Whitney U tests</i> » révèle aucune différence entre les groupes : reprise du travail, anxiété, changement dans les inquiétudes, la fréquence des activités, la restriction des activités, les symptômes, l'utilisation de la médecine alternative, les appels téléphoniques ou les visites médicales.
Résultats trouvées	<ul style="list-style-type: none"> • Ils ont examiné s'il y avait des changements dans la taille moyenne des dessins à la sortie de l'hôpital, à trois mois et à six mois. L'effet principal du temps était significatif ($p=.0048$). Il y avait des différences significatives entre la sortie de l'hôpital et six mois ainsi qu'entre trois et six mois. Par contre, il n'y avait pas de différences significatives statistiques dans la taille entre la sortie de l'hôpital et trois mois. • La moyenne de la taille était à la sortie 64,2mm (62,1 à 66,4), à trois mois 66,7 mm (64,5 à 68,85) et à six mois 69,2 (67,1 à 71,4) • Ils ont investigué si certaines variables prédisaient des changements de la taille des dessins entre trois mois et la sortie d'hôpital (par « <i>Spearman's rho correlation</i> »). Il n'y a pas de corrélation entre le changement de taille à trois mois et la perception des dommages à la sortie de l'hôpital ($r = 0.01, p = .95$), ou la compréhension de l'infarctus du myocarde à la sortie de l'hôpital ($r = 0.04, p = .77$) • Il n'y a pas d'association significative entre l'âge et le changement de taille des dessins durant les trois premiers mois ($r = 0.27, p = .07$) (selon « <i>A Pearson correlation coefficient</i> ») • Le changement dans la taille des dessins entre la sortie de l'hôpital et à six mois n'est pas en lien avec les dommages dessinés à la sortie ($r = 0.01, p = .99$) ou la compréhension de leur état cardiaque à la sortie ($r = 0.08, p = .63$) (selon « <i>Spearman's rho correlations</i> ») • Le changement dans la taille des dessins entre la sortie de l'hôpital et les six mois est en lien avec l'âge → un jeune âge prédit une plus grande augmentation de la taille des dessins durant la période de rétablissement ($r = - 0.45, p = .005$) (selon « <i>Pearson correlation</i> ») • Plus l'augmentation de la taille des dessins est grande plus : l'anxiété est élevée, le retour au travail est lent/ tardif, l'inquiétude d'un nouvel infarctus du myocarde est élevée, la fréquence des exercices est diminuée, la restriction des activités est grande, plus la médecine alternative est utilisée et plus il y a d'appels au médecin généraliste ou dans un centre médical dans les trois premiers mois (selon « <i>Spearman's rho correlations</i> ») • Les changements dans la taille des dessins n'est pas significativement associés avec les symptômes cardiaques ou les visites médicales. • Les patients ($n = 30$) qui ont appelé leur médecin généraliste ou l'hôpital au moins une fois ont un

	<p>changement dans la hauteur du dessin de 11.07mm durant les trois mois. Par contre, ceux qui n'ont pas appelé (n = 14) ont un changement de la hauteur de - 0.73mm. Cette différence est statistiquement considérable ($p = .02$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendance linéaire significative ($p = .02$)
Discussion	
	<p>En moyenne, les dessins des patients augmentent en taille durant la période de l'étude d'une manière linéaire. Une augmentation de la taille à trois et six mois a été associée avec une lente reprise du travail et une augmentation de l'inquiétude d'avoir un nouvel infarctus du myocarde. A trois mois, une augmentation de la taille a été associée à un taux élevé d'anxiété, à une faible fréquence au niveau des exercices, à une plus grande restriction des activités, à une plus grande utilisation de la médecine alternative et à des appels plus fréquents au médecin généraliste ou à l'hôpital.</p> <p>Ces résultats suggèrent que les dessins de cœur des patients peuvent être un facteur dans l'augmentation de l'anxiété et une attention accrue sur le cœur peut être inutile dans la phase de rétablissement après un infarctus.</p> <p>Les résultats sont en cohérence avec les recherches antécédentes qui ont montré que la taille des dessins augmente à mesure que l'importance de l'objet de l'individu augmente (Craddick, 1961 ; Thomas, Chaigne & Fox, 1989).</p> <p>L'augmentation de la taille n'est pas significativement liée à l'évolution des symptômes ou aux visites médicales, ce qui signifie que des changements perçus dans les dessins ne sont pas forcément liés aux problèmes médicaux.</p>
Perspectives futures	<p>Cette étude indique une application du dessin dans les services de cardiologie. Le contenu des dessins peut être utile pour vérifier leur niveau de compréhension de leur état cardiaque et peut être une méthode d'aide pour rectifier les incompréhensions au sujet des conséquences sur le cœur liées à l'infarctus, du fonctionnement du cœur et de la nécessité d'interventions supplémentaires. En observant les dessins des patients sur un laps de temps, cela permet d'évaluer la dynamique de leurs perceptions. Par exemple, un patient qui dessine des dommages sur le cœur pendant l'hospitalisation, peut dessiner une zone de dommage plus réduite par la suite, ce qui signifierait qu'il a une perception d'amélioration et une réduction de la perception au sujet de la durée de son état (figure 1A, p.912). De même, un patient qui dessine des obstructions à l'hôpital peut dessiner par la suite des artères totalement désobstruées, indiquant une perception de guérison. Un autre dessin montre le changement d'un cœur de style classique à l'hôpital à un style de cœur plus sophistiqué montrant des artères obstruées, ce qui indique une augmentation de la prise de conscience de la maladie cardiaque. Normalement, les patients choisissent soit un style classique ou un style de dessin plus sophistiqué.</p> <p>Le dessin est un moyen alternatif aux questionnaires et aux entretiens d'évaluer la perception de la maladie « <i>Illness perceptions</i> » des patients. Dessiner la façon dont le cœur a été affecté par l'infarctus mesure les perceptions qui n'ont pas été prises en compte dans les questionnaires sur la perception de la maladie tel que le « <i>Illness Perception Questionnaire</i> » (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996). De plus, le dessin permet d'illustrer les idées d'une manière plus concrète et plus spécifique que les mots. Par exemple, si le patient dit : « mes artères sont obstruées », on ne sait pas forcément à quelles artères il fait référence. Le dessin permet de montrer de quoi il parle.</p> <p>Le dessin permet aussi d'avoir un lien avec le monde psychologique du patient et peut indiquer si les préoccupations et l'anxiété du patient sont susceptibles d'interférer avec le processus de rétablissement à long-terme.</p> <p>D'autres recherches seraient nécessaires pour examiner si le dessin aurait un rôle à jouer chez des patients ayant des symptômes de déni. Le dessin pourrait être utile et appliqué dans d'autres maladies cardiaques</p>

	<p>telles que l'insuffisance cardiaque ou à des maladies concernant une autre partie du corps tel que le cancer des poumons. Cette hypothèse doit être traitée dans des recherches futures.</p> <p>Il se peut que le dessin ait un rôle à jouer chez des patients qui ont des symptômes de déni ou dans les maladies cardiaques</p>
Limites	Pas de limites décrites

10.5 ANNEXE V : GRILLE RÉCAPITULATIVE DES RÉSULTATS